

4

VOLUME 8, NÚMERO 4, OUT/DEZ DE 2004

REME

Revista Mineira
de Enfermagem

Nursing Journal
of Minas Gerais

Revista de Enfermería
de Minas Gerais



ISSN 1415-2762

ISSN 1415-2762

REME

Revista Mineira
de Enfermagem

Nursing Journal
of Minas Gerais

Revista de Enfermería
de Minas Gerais

VOLUME 09, NÚMERO 4, OUT./DEZ. 2005

REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM

Uma Publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em Parceria com:

Escola de Enfermagem Wenceslau Braz
Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Fundação de Ensino Superior de Passos
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais

Editor Geral

Francisco Carlos Félix Lana

Diretora Executiva

Aidê Ferreira Ferraz

Editores Associados

Edna Maria Resende
Jorge Gustavo Velásquez Melendez
Tânia Couto Machado Chianca

Conselho Editorial

André Petitat (Université de Lausanne-Suíça), Andréa Gazzinelli C. Oliveira (UFMG), Anézia Moreira Faria Madeira (UFMG), Cristina Arreguy de Sena (UFJF), Cristina Maria Loyola Miranda (UFRJ), Daclê Vilma Carvalho (UFMG), Emilia Campos de Carvalho (USP-RP), Emiko Yoshikawa Egry (USP), Estelina Souto do Nascimento (PUC-MG), Flávia Regina Souza Ramos (UFSC), Goolan Hussein Rassool (Londres), Lélia Maria Madeira (UFMG), Lídia Aparecida Rossi (USP-RP), Maguida Costa Stefanelli (USP-SP), Marga Simon Coller (Connecticut-USA), Maria Consuelo Castrillón Agudelo (Universidad de Antioquia, Medellín, Colômbia), Maria Édila Abreu Freitas (UFMG), Maria Helena Larcher Caliri (USP-RP), Maria Itayra Coelho de Souza Padilha (UFSC), Marília Alves (UFMG), Maria Miriam Lima da Nóbrega (UFPB), Maria Imaculada de Fátima Freitas (UFMG), Marta Lenise do Prado (UFSC), Matilde Meire M. Cadete (UFMG), Silvana Martins Mishima (USP-RP), Sônia Maria Soares (UFMG), Sueli Maria dos Reis Santos (UFJF), Raquel Rapone Gaidzinski (USP-SP), Rosângela Maria Greco (UFJF), Roseni Rosângela de Sena (UFMG), Sílvia Lúcia Ferreira (UFBA)

Conselho Deliberativo

Francisco Carlos Félix Lana- Presidente (Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais), José Vitor da Silva (Escola de Enfermagem Wenceslau Braz) Rosa Maria Nascimento (Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí), Evânia Nascimento (Fundação de Ensino Superior de Passos), Sônia Maria Neves (Centro Universitário do Leste de Minas Gerais),

Normalização Bibliográfica

Maria Piedade Fernandes Ribeiro CRB/6-601

Revisão de texto:

Marisa Andrade Carneiro Decker (Português), Mônica Ybarra / Ybarra Traduções (Espanhol), Charles Bacon / Tradusom (Inglês)

Secretaria Geral

Maria Inácia Ruas Lima, Sheila Malaquias de Oliveira, Bolsistas da Fundação Universitária Mendes Pimentel (FUMP/UFMG)
Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais
Revista Mineira de Enfermagem - Av. Alfredo Balena, 190 - sala 214 - Belo Horizonte - MG - Brasil CEP: 30130-100
Telefax: (31) 3248 9876
E-mail: reme@enfermagem.ufmg.br
Atendimento Externo: 14:00 às 18:00 h

Projeto Gráfico, Produção e Editoração Eletrônica

Brigida Campbell / Iara Veloso / Samuel Rosa Tou (DDC / UFMG)

Assinatura

Secretaria Geral - Telefax: (31) 3248 9876
E-mail: reme@enfermagem.ufmg.br

Indexada em:

- LILACS – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde
- BDENF – Base de Dados em Enfermagem da SURENF – Sub-Rede Brasileira de Informação em Enfermagem/ BIREME-OPS.

Texto disponível em www.bibliomed.com.br - www.enfermagem.ufmg.br - www.periodicosapes.gov.br

ISSN: 1415-2762

Revista filiada à ABEC – Associação Brasileira de Editores Científicos

Periodicidade: trimestral – **Tiragem:** 1.000 exemplares

REME – Revista Mineira de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. - v.1, n.1, jul./dez. 1997. Belo Horizonte: Coopmed, 1997.

Semestral, v.1, n.1, jul./dez. 1997/ v.7, n.2, jul./dez. 2003.
Trimestral, v.8, n.1, jan./mar. 2004 sob a responsabilidade Editorial da Escola de Enfermagem da UFMG.
ISSN 1415-2762

1. Enfermagem – Periódicos. 2. Ciências da Saúde – Periódicos.
1. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem.

NLM: WY 100
CDU: 616-83

APOIO



UFMG



EEUFMG



ABEn-MG

EDITORIAL	291
PESQUISAS	
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DE UMA PROPOSTA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS	293
ANALYSIS FOR THE IMPLEMENTATION OF A HEALTH CARE PROPOSAL IN A SCHOOL HOSPITAL BASED ON THE NURSES' PERCEPTION	
LA PERCEPCIÓN DE ENFERMERAS DE UN HOSPITAL DE INSTRUCCIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA PROPUESTA ASSISTENCIAL COMO COMPONENTE DE LA EVALUACIÓN EN SALUD	
Thais Cristina de Hollanda Marta Maria Melleiro	
A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA	302
THE VIEW OF HEALTHCARE WORKERS ON VIOLENCE IN THE DAILY WORK ROUTINE IN A HEALTH CLINIC	
LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA VIOLENCIA EN EL COTIDIANO DE TRABAJO DE UNA UNIDAD BÁSICA	
Isabela Silva Cândia Velloso Meiriele Tavares Araujo Adelaide De Mattia Rocha Marília Alves	
CAUSAS DE AFASTAMENTO ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR DE SÃO PAULO	309
CAUSES OF SICK LEAVE OF NURSES OF A PUBLIC HOSPITAL IN THE INTERIOR OF THE STATE OF SÃO PAULO	
CAUSAS DE LICENCIA ENTRE ENFERMEROS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DEL INTERIOR DE SÃO PAULO	
Júlia Rodrigues dos Santos Gonçalves Edna Pereira de Melo Sandrely Regina Lopes Lombas Cleuza dos Santos Mariano Ludjane Barbosa Manuela de Santana Pi Chillida	
CUIDADORA DOMICILIAR: POR QUE CUIDO?	315
HOME CAREGIVER: WHY DO I DO IT?	
CUIDADORA DOMICILIARIA: ¿POR QUÉ CUIDO?	
Alda Martins Gonçalves Roseni Rosângela de Sena Daniele Guimarães Dias Carla Mendes Queiróz Érika Dittz Karine Lara Vivas Elysângela Dittz Duarte Tatiana Coelho Lopes	
CUIDAR NO DOMICÍLIO: PERCEPÇÃO DE CUIDADORES FAMILIARES DA ÁREA RURAL	321
HOME CARE: THE POINT OF VIEW OF THE FAMILY CAREGIVER IN A RURAL AREA	
CUIDAR EN EL DOMICILIO: PERCEPCIÓN DE CUIDADORES FAMILIARES DEL ÁREA RURAL	
Francieli Marzari Nara Marilene O. Girardon-Perlini	
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS DISCENTES DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM SOBRE AVALIAÇÃO NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM	328
SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE STUDENTS OF A DEGREE NURSING COURSE ABOUT ASSESSMENT IN THE TEACHING-LEARNING PROCESS.	
LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL ACADÉMICO DE UN CURSO DEL GRADO DE ENFERMERÍA SOBRE LA VALORACIÓN EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE	
Dener Carlos dos Reis Selme Silqueira de Matos Marta Lenise do Prado	
ÉTICA PROFISSIONAL: CONCEPÇÃO DE ALUNOS DE CURSOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	336
PROFESSIONAL ETHICS: THE VIEW OF STUDENTS FROM A TECHNICAL NURSING COURSE	
LA ÉTICA PROFESIONAL: LA CONCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS DE CURSOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA	
Aparecida de Cássia dos Santos Edirlei Machado dos Santos Leila Kauchakje Pedrosa	

REVISÃO TEÓRICA

PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO E A TECNOLOGIA PARA O PACIENTE INTERNADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA 341

HUMANIZATION PROCESS AND TECHNOLOGY FOR PATIENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT
PROCESO DE HUMANIZACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA EL PACIENTE INTERNADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Daniela Couto Carvalho Barra

Anelice Della Justina

Jane Fonseca de Lacerda Bernardes

Fabiola Vespoli

Ula Rebouças

Matilde Meire Miranda Cadete

A UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA COMO ALTERNATIVA PARA O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E HIDRATAÇÃO DO PACIENTE COM CÂNCER 348

THE USE OF THE SUBCUTANEOUS ROUTE AS AN ALTERNATIVE TO DRUG TREATMENT AND HYDRATION OF CANCER PATIENTS.

LA VIA SUBCUTÂNEA COMO ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO E

HIDRATACIÓN DEL PACIENTE CON CÁNCER

Juliana Balbinot Reis Girondi

Roberta Waterkemper

INFLUÊNCIA DAS AVÓS NO DESMAME PRECOCE: OLHANDO A FAMÍLIA 355

THE INFLUENCE OF GRANDMOTHERS IN EARLY WEANING: A LOOK AT THE FAMILY

INFLUENCIA DE LAS ABUELAS EN EL DESMAME PRECOZ: OBSERVANDO A LA FAMILIA

Marizete Argolo Teixeira

Luzia Wilma Santana da Silva

RELATO DE EXPERIÊNCIA

REDE SOCIAL DE APOIO À MULHER NO PERÍODO PUERPERAL 361

SUPPORT FOR WOMEN AT PUERPERIUM

LA REDE SOCIAL DE APOYO A LA MUJER EN EL PERIODO PUERPERAL

Régia C. Moura Barbosa

Priscila de Souza Aquino

Maria de Fátima Antero

Ana Karina Bezerra Pinheiro

ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: O DIAGRAMA DE CONTROLE COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS 367

PUBLIC HEALTH NURSING: USAGE OF THE STATISTICAL PROCESS CONTROL CHART AS A TEACHING

STRATEGY OF THE INFECTIOUS DISEASE EPIDEMIOLOGICAL

ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA: EL DIAGRAMA DE CONTROL COMO UNA ESTRATEGIA PARA LA

ENSEÑANZA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Lúcia Yasuko Izumi Nichiata

Ana Luiza Vilela Borges

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli

ARTIGO REFLEXIVO

O PACIENTE CRÍTICO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DA LITERATURA 371

CRITICAL PATIENT IN AN INTENSIVE CARE UNIT: A REVIEW OF THE LITERATURE

EL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO INTERNADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: UNA REVISIÓN DE LITERATURA

Cristina Gomes Ribeiro

Carla Viviane Nunes Soares Silva

Matilde Meire Miranda

TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA 378

TRANSFERENCE AND COUNTER-TRANSFERENCE IN PSYCHIATRIC NURSING

TRANSFERENCIA E CONTRATRANSFERENCIA EN LA ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA

Flávia Corpas

Cristina Maria Douat Loyola

NORMAS DE PUBLICAÇÃO 383

PUBLICATIONS NORMS 385

NORMAS DE PUBLICACIÓN 387

ASSINATURA 389

OFICINA DE EDITORES DE REVISTAS CIENTÍFICAS DE ENFERMAGEM 8ª CONFERENCIA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA - 2005

Por acreditar que o conhecimento científico é sempre uma construção coletiva e que o crescimento e a confiabilidade de qualquer órgão, área ou instituição perpassa, necessariamente, pelo contínuo intercâmbio e integração entre os partícipes de processos similares, foi que a REME, representada por seu Editor Geral, participou da 8a. Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería/ALADEFE/Universidad de Concepción, realizada em novembro de 2005, na Cidade de Concepción, Chile e, especificamente, da Oficina de Editores de Revistas Científicas de Enfermagem, evento de destacada relevância na programação oficial. Essa Oficina foi organizada pela Revista Ciência y Enfermería, no contexto da 8a. Conferencia Iberoamericana e teve como objetivos caracterizar as revistas científicas de Enfermagem e elaborar um diagnóstico da atual situação das Revistas Científicas da Área.

Nessa oportunidade, fizeram-se representar 6 periódicos científicos de Enfermagem, a saber: REME-Revista Mineira de Enfermagem (Escola de Enfermagem da UFMG/Escolas parceiras do interior de Minas Gerais; Texto & Contexto Enfermagem(UFSC); Investigación y Educación en Enfermería (Facultad de Enfermería U. de Antioquia, Colômbia); Revista Aquichan (Facultad de Enfermería U. La Sabana, Colômbia); Horizonte de Enfermería (Pontificia Universidad Católica de Chile, Chile); Ciencia y Enfermería (Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción, Chile).

Para o desenvolvimento da Oficina foi previamente elaborada uma análise estratégica, denominada "Análisis FODA"(Fortalezas, Oportunidades, Debilidades e Ameaças) de cada periódico em particular. Durante a Oficina foram, então, ampla e profundamente discutidas as análises individuais dos periódicos em que se identificaram características específicas comuns e/ou similares entre os periódicos brasileiros e os demais da América Latina ali representados, e esse processo de discussão possibilitou a elaboração de um consolidado que retrata o perfil dos periódicos científicos da área da Enfermagem, dos quais destacaremos alguns pontos considerados mais relevantes.

Algumas características do perfil dos periódicos participantes: Todos têm como Organismo Editor as Universidades/Faculdades e/ou Departamentos; Tempo de edição: 1 tem menos de 5 anos de edição, 2 têm entre 6 a 10 anos, 2 entre 11 e 15 anos e 1 tem mais de 21 anos de edição. Periodicidade: 2 delas têm edição anual, 2 edição semestral e 2, edição trimestral. Quanto aos artigos publicados constatou-se a ênfase em artigos e temas específicos de investigação científica, ênfase em investigação e docência e 2 com ênfase apenas em investigação científica. No item Indexação, 5 periódicos estão incluídos em LILACS, LATINDEX, BIREME, PUBLINTEX, CUIDEN, CINAHL E SciELO. Quanto à Gerência Editorial: 100% das revistas têm Conselho Diretor/Editorial; idioma das publicações: Espanhol, Espanhol-Português e Espanhol-Português-Inglês.

Foi compilada uma "Análise FODA Integrada" que analisou e sintetizou a atual situação das 6 revistas representadas, dentre as quais se destacam aspectos tais como FORTALEZAS: Apoio Institucional de Escolas ou Faculdades de Enfermagem; existência de políticas institucionais para conseguir indexações de prestígio; todos os Conselhos Editoriais são multidisciplinares, formados por doutores; de prestígio nacional e internacional; trabalho editorial com pessoal motivado e pessoal de apoio com experiência; periodicidade regular; mantém sistema de permuta; aumento crescente da recepção de artigos de autores de diferentes países; vinculação com a Pós-graduação; aumento da visibilidade das revistas; disponibilização de artigos na WEB; indexadas em importantes bases de dados; superação da endogenia; aumento progressivo do número/média de citações recebidas por artigo; apoio financeiro externo. OPORTUNIDADES: possibilidade de aumentar a difusão da produção das revistas de enfermagem em revistas indexadas em bases de dados de prestígio; aumento da vinculação das revistas com instituições de ensino de enfermagem, saúde e nas Pós-Graduações; acesso a resumos e artigos completos através de bases de dados e modalidades eletrônicas; maior consciência em sustentar a prática em evidência científica e a necessidade de formação contínua dos profissionais de enfermagem; ter instâncias de análise e avaliação da gestão editorial em importantes eventos nacionais e internacionais de Enfermagem; existência de organizações que agrupem as revistas científicas. Quanto às DEBILIDADES apontadas, destacam-se: dependência de financiamento; falta de profissionalização da equipe de trabalho; dificuldade em captar patrocínios; dificuldade em conseguir pareceristas; morosidade no processo de avaliação dos artigos; pequeno número de assinantes; limitado intercâmbio entre editores científicos; carência de maior visibilidade pois há pouca penetração nas Américas e na Europa; dificuldades em cumprir em 100% as exigências da metodologia SciELO. No que se refere ao item de análise AMEAÇAS ressaltam-se: instabilidade financeira; escassa valorização da comunidade profissional em relação a se tornar assinante; inexistência de incentivos para as funções internas da revista; conflito entre a versão eletrônica e a versão impressa das revistas e o desconhecimento do nível de utilização dos artigos das revistas.

Em face desse panorama, podemos inferir que as questões aqui ressaltadas são comuns a uma fração significativa de outros periódicos de enfermagem brasileiros e latino-americanos e isso, certamente, mais do que nos preocupar ou acomodar, deve servir como elemento propulsor para que alcancemos uma maior integração entre os editores científicos e, assim, desenvolvamos estratégias e mecanismos inovadores que possibilitem a profissionalização do trabalho editorial tanto quanto sanar ou amenizar progressivamente as dificuldades nessa área, para maior e melhor difusão do conhecimento científico.

Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Lana
Editor Geral

Profa. Dra. Aidê Ferreira Ferraz
Diretora Executiva

ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO DE UMA PROPOSTA ASSISTENCIAL EM UM HOSPITAL DE ENSINO SOB A ÓTICA DE ENFERMEIROS¹

ANALYSIS FOR THE IMPLEMENTATION OF A HEALTH CARE PROPOSAL IN A SCHOOL HOSPITAL BASED ON THE NURSES' PERCEPTION

LA PERCEPCIÓN DE ENFERMERAS DE UN HOSPITAL DE INSTRUCCIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DE UNA PROPUESTA ASSISTENCIAL COMO COMPONENTE DE LA EVALUACIÓN EN SALUD

Thaís Cristina de Hollanda²
Marta Maria Melleiro³

RESUMO

Objetivamos compreender a experiência de enfermeiras, na implantação de uma proposta assistencial, visando a adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança. É uma pesquisa qualitativa, realizada na seção de alojamento conjunto do Hospital Universitário da USP, da qual participaram cinco enfermeiras. A coleta de dados foi realizada através de entrevistas e as narrativas analisadas na perspectiva de Janesick. Dessas narrativas foram extraídas quatro categorias interpretadas sob a ótica de autores que investigam o tema mudança. O estudo permitiu verificar a importância do envolvimento dos clientes internos nos processos de mudança, fornecendo subsídios para a reorganização das atividades assistenciais e gerenciais do referido serviço.

Palavras-chave: Pesquisa em Avaliação de Enfermagem; Inovação Organizacional; Enfermagem.

ABSTRACT

In this study, we seek to understand the experience of nurses in setting up a health care proposal to attain compliance to the initiative: Hospital, a Child's Friend. It is a qualitative survey carried out in the mother-infant joint-lodging of the University Hospital of the University of São Paulo, with the participation of five nurses. Data was collected through interviews and narrative was analyzed from the point of view of Janesick. From these narratives, we extracted for categories interpreted from the point-of-view of authors who research the "change" theme. We found that the involvement of the nurses in processes of change is important and provides input for reorganizing the health care and managerial activities of the service.

Key words: Nursing Evaluation Research; Organizational Innovation; Nursing

RESUMEN

Se busca entender la experiencia de enfermeras al implantar una propuesta asistencial con miras a la adherencia a la Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Se trata de una investigación cualitativa realizada en la sección del alojamiento conjunto del Hospital Universitario de la USP (Universidad de San Pablo), en la que han participado cinco enfermeras. La recogida de datos ha sido efectuada con entrevistas y los relatos se han analizado dentro de la perspectiva de Janesick. A partir de los relatos se han establecido cuatro categorías interpretadas desde la óptica de autores que investigan sobre cambios. El estudio ha permitido comprobar la importancia del compromiso de los clientes internos en los procesos de cambios, proporcionando subsidios para reorganizar actividades asistenciales y de gestión.

Palabras clave: Investigación en Evaluación de Enfermería; Innovación Organizacional; Enfermería

¹ Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - FAPESP

² Graduanda da Escola de Enfermagem da USP São Paulo - SP

³ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP - São Paulo - SP

Endereço para correspondência: Av. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César São Paulo CEP: 05403-000 E-mail: melleiro@usp.br

INTRODUÇÃO

O atendimento das necessidades e das expectativas dos clientes internos e externos dos serviços de saúde, de maneira eficiente e eficaz, é um dos pressupostos filosóficos que devem orientar as ações e os programas dos estabelecimentos de saúde. Assim, para que as atividades dessas instituições estejam em consonância com as expectativas desses clientes, torna-se imperativo o conhecimento de suas percepções, acerca dessas atividades, visando o êxito das mesmas e o alcance da qualidade nesses serviços.

Nessa perspectiva, a avaliação de programas e serviços de saúde vem sendo considerada como um processo de determinação da extensão com a qual as metas e os objetivos estão sendo alcançados e de como esse processo técnico-administrativo fornece subsídios para uma tomada de decisão.

Segundo Tanaka e Melo⁽¹⁾ a avaliação é uma função de gestão destinada a auxiliar o processo de decisão, com o intuito de torná-lo o mais racional e efetivo possível. Para tanto, esses autores afirmam que é necessário que se defina claramente para que se está fazendo a avaliação e que se tenha claro que a avaliação deverá ser feita tendo como beneficiário final o usuário do serviço ou programa e não quem solicitou a avaliação.

Cabe, ainda, ao avaliador analisar as informações disponíveis para melhor conhecer a situação que se pretende avaliar. Ainda nesse contexto, Lima⁽²⁾ diz que a avaliação é importante, pois permite também o conhecimento a respeito de como as pessoas agem, reagem e interagem em situações de mudança, de forma a desenvolver e priorizar, juntamente com a clientela interna da instituição, estratégias de ação que propiciem, além do sucesso das metas organizacionais, a satisfação dos profissionais envolvidos.

A avaliação pode servir a diversos interessados: aos tomadores de decisão, que podem decidir com mais informações a respeito de suas questões; aos trabalhadores, que podem melhorar o seu desempenho e o dos projetos nos quais estão envolvidos; aos financiadores, que podem analisar se seus investimentos estão sendo apropriados; e à população, que pode decidir se lhe agrada ou não os projetos em andamento⁽³⁾.

Fundamentadas nessas premissas e acreditando que a avaliação é um instrumento desencadeador de ações para confirmar ou reformular o processo de prestação de ações ou serviços de saúde, é que nos dispusemos a realizar este estudo, visando a análise da implantação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), em uma seção de alojamento conjunto, sob a ótica de enfermeiras da referida seção.

A IHAC foi idealizada pela OMS e pelo UNICEF para promover, proteger e apoiar o aleitamento materno, tendo, para tanto, estabelecido os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno” como uma estratégia para sua implementação junto aos serviços de maternidade.

O Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP), desde 2003, vem implementando os “Dez Passos” preconizados pela IHAC, com o intuito de tornar-se um Hospital Amigo da Criança. Entre as unidades

da área materno-infantil desse hospital, envolvidas nesse processo, encontra-se a seção de alojamento

Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno da IHAC⁽⁴⁾

1. Ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde;
2. Treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma;
3. Informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno;
4. Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno na primeira meia hora após o nascimento;
5. Mostrar às mães como amamentar e como manter a lactação, mesmo se vierem a ser separadas de seus filhos;
6. Não dar ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser que tal procedimento seja indicado pelo médico;
7. Praticar o alojamento conjunto - permitir que a mãe e o bebê permaneçam juntos 24 horas por dia;
8. Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda;
9. Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito;
10. Encorajar a formação de grupos de suporte ao aleitamento materno e referir as mães aos mesmos, no momento da alta do hospital ou do ambulatório.

Fonte: OMS/OPAS, 2001

conjunto(AC), onde modificações na dinâmica e na infraestrutura foram realizadas, a fim de atender às exigências da referida iniciativa.

Assim, decidimos realizar este estudo por acreditar que a percepção de enfermeiras da seção de alojamento conjunto, relativa as medidas já implementadas, possa fornecer subsídios para a reorganização das ações desenvolvidas nessa unidade, no que se refere ao atendimento ao binômio mãe-filho, e contribuir para o aprimoramento e efetiva implantação da IHAC no HU-USP.

OBJETIVO

Compreender a experiência de enfermeiras na implantação de uma proposta assistencial, visando a adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujo foco de atenção está centrado na importância de se conhecer e interpretar a natureza dos eventos, por meio da descrição da experiência humana tal como ela é vivida.

Este estudo é parte de uma pesquisa intitulada “Avaliação de programa de saúde: análise da implantação de uma proposta assistencial sob a ótica da equipe de enfermagem”, a qual foi aprovada pela Comissão de Ensino e Pesquisa (COMEP) e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HU-USP.

O cenário do estudo foi a seção de alojamento conjunto (AC), pertencente à Divisão de Enfermagem Materno-Infantil do HU-USP. A referida seção é constituída por 52 leitos, sendo 47 destinados ao alojamento conjunto e cinco para leitos de ginecologia. Tem por finalidade incentivar o aleitamento materno, contribuir para a redução dos índices de infecção hospitalar, estabelecer precocemente o vínculo afetivo entre o trinômio mãe-pai-filho, auxiliar e apoiar a mulher no desempenho de seu novo papel de mãe, assistir as gestantes patológicas e pacientes ginecológicas de forma individualizada, desenvolver programas de educação em saúde e proporcionar condições adequadas para o ensino e pesquisa na área de enfermagem obstétrica e neonatal.

As participantes deste estudo foram enfermeiras, contratadas na unidade de alojamento conjunto até outubro de 2002, de maneira que tivessem no mínimo seis meses de atuação na referida unidade, por ocasião da implantação das medidas preconizadas pela IHAC, pois para a seleção dos participantes de um estudo qualitativo é importante que os mesmos estejam vivendo o fenômeno sob investigação.

O número de participantes não foi predeterminado, uma vez que o critério numérico não se aplica na amostragem da pesquisa qualitativa. Nesse tipo de investigação, a preocupação está no aprofundamento e na abrangência da compreensão do grupo social retratado no estudo. Entretanto, são propostos critérios básicos para a delimitação da amostra, tais como: definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e observações, não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa, prever um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria⁽⁵⁾.

Para tanto, as participantes do estudo foram esclarecidas dos objetivos da pesquisa, assinaram e receberam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado conforme as normas da Resolução 196/96⁽⁶⁾, que versa sobre os aspectos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos. Cada participante recebeu uma cópia do citado termo, após sua assinatura.

A coleta de dados ocorreu nos meses de maio e junho de 2005, por meio de entrevistas semi-estruturadas, sendo que as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade das participantes do estudo.

As questões norteadoras da entrevista foram:

- Conte-me sobre a sua atividade profissional na unidade de alojamento conjunto.
- Como foi na sua atividade profissional a introdução das medidas visando a adesão à Iniciativa Hospital Amigo da Criança?

Finalizadas as gravações, as autoras partiram para a etapa de transcrição, a qual é a passagem da gravação oral para o escrito e que envolve a textualização e a transcrição. A textualização foi realizada a partir da definição de palavras-chave que servem para mostrar a incidência das ênfases dadas em algumas situações e a transcrição se compromete a ser um texto recriado em sua plenitude, correspondendo à finalização do mesmo⁽⁷⁾.

Após essa etapa, foram agendadas datas com as participantes do estudo para que fosse realizada a conferência das entrevistas. Assim, algumas alterações foram feitas de forma que as autoras tivessem o aval das participantes para que fossem utilizadas na pesquisa e em publicações. Nessa ocasião, ainda, as autoras sugeriram nomes fictícios para cada participante da pesquisa, a saber: Afrodite, Atena, Ártemis, Deméter e Perséfone.

Os dados deste estudo foram coletados e analisados simultaneamente, buscando-se os eventos significativos extraídos das narrativas dos participantes.

Entre as várias possibilidades existentes para a análise dos dados, optou-se pelo caminho proposto por Janesick⁽⁸⁾ que sugere as seguintes etapas:

- Localizar na experiência pessoal relatada, frases ou afirmativas relacionadas diretamente ao fenômeno do estudo;
- Interpretar os significados dessas frases ou temas centrais como um leitor informado;
- Obter a interpretação dos participantes, sempre que possível;
- Investigar os significados com o objetivo de verificar o que eles revelam a respeito das características essenciais e recorrentes do fenômeno do estudo;
- Elaborar prováveis definições ou afirmativas a respeito do fenômeno com base nas características essenciais e recorrentes reveladas.

Ao seguir essas etapas as autoras tiveram a oportunidade de tratar os dados com igualdade, podendo categorizá-los e agrupá-los de forma a interpretá-los.

RESULTADOS

A análise interpretativa das narrativas permitiu a construção de quatro categorias, as quais percorremos a seguir.

O impacto resultante da implantação das medidas da IHAC

Nessa primeira categoria, são apresentadas as percepções das participantes deste estudo a respeito da implantação da nova proposta assistencial - a IHAC. Observou-se em alguns trechos dos discursos das participantes que o processo de mudança, inicialmente, gerou medo, insegurança e ansiedade.

Assim, quando soubemos que o bebê viria direto com a mãe, nós ficamos um pouquinho preocupadas, "Nossa como será que vai ser? Será que vai dar muito trabalho?"... [Perséfone]

Segundo Florentino⁽⁹⁾, o medo, muitas vezes, bloqueia a visualização de novas perspectivas e torna-se um dificultador no processo de mudança. De acordo com essa autora, no âmbito da enfermagem, situações que fogem do padrão da assistência prestada podem demonstrar uma falta de preparo da equipe para lidar com novas situações.

Cabe, ainda, ressaltar que conforme Marcus e Lierh⁽¹⁰⁾, as experiências e os conflitos prévios vivenciados pelos indivíduos dão sentido aos eventos que acontecem na vida dos mesmos. Com base nesse raciocínio, pode-se

inferir que o impacto inicial gerado pela implantação das medidas da IHAC foi, também, decorrente do contexto de vida das participantes do estudo, ou seja, da relação indivíduo-ambiente que surge ao longo do cotidiano. Daí a importância da sensibilização e da capacitação dessa equipe para o êxito da nova proposta.

O processo de sensibilização e de capacitação para a implantação das medidas da IHAC

A administração participativa propicia às pessoas, possibilidades reais de participar na administração com liberdade de questionar, discutir, sugerir, modificar, alterar uma decisão, um projeto ou uma simples proposta. Isso porque, quando há um clima de confiança mútua entre as partes, as pessoas são envolvidas, sensibilizadas e estimuladas a se tornarem desejosas de contribuir. Quando isso não ocorre constata-se que há dificuldade, por parte da equipe, em aceitar o novo, e a mesma pode passar a perceber a proposta como uma imposição da chefia. Assim, é importante a manutenção de um processo participativo em que sejam propiciados espaços para discussões com essa equipe ⁽¹¹⁾.

Percebeu-se, na fala a seguir, que o processo de implantação das medidas que visam a adesão à IHAC foi, sob a ótica das participantes, em parte compartilhado com a equipe, uma vez que as entrevistadas referem que as mudanças ocorreram abruptamente e que as suas participações nesse processo se deram, somente, por ocasião da operacionalização das medidas propriamente ditas, ou seja, posteriormente à tomada de decisão em aderir à IHAC.

Esse processo de mudança, advindo com a IHAC, foi comunicado pela chefia a toda equipe de enfermagem. As enfermeiras, principalmente, participaram desse processo de mudança somente na fase de planejamento das modificações que deveriam ser feitas na seção para a implantação dessa nova proposta... [Afrodite]

De acordo com Lima ⁽²⁾, o sucesso do processo de mudança pressupõe a capacitação das pessoas envolvidas no mesmo; assim, observou-se nas falas das entrevistadas que houve preocupação por parte da chefia em propiciar às enfermeiras condições para que pudessem capacitar-se e instrumentalizar-se para a implantação das medidas preconizadas pela IHAC. Todavia, verificou-se que essa capacitação esteve atrelada, principalmente, à dimensão técnico-científica, como refere Deméter a seguir.

Para a implantação das medidas preconizadas pela IHAC, todos nós tivemos que passar por um treinamento de 18 horas. [Deméter]

Os fatores intervenientes na implantação da IHAC

A análise das narrativas permitiu observar a descrição de fatores considerados intervenientes na implantação da IHAC. Esses foram agrupados em cinco subcategorias, as quais encontram-se descritas a seguir.

O aumento da demanda das atividades assistenciais e educativas

O aumento da demanda assistencial e educativa, na unidade de AC, é claramente identificado nos discursos

das participantes. Segundo as mesmas, esse acréscimo de atividades é decorrente da presença imediata do recém-nascido junto à mãe, após o parto, ocasionando a necessidade de um maior monitoramento do binômio mãe-filho, uma vez que o recém-nascido encontra-se no período de transição, no qual significativas adaptações e modificações fisiológicas estão ocorrendo. Esse período requer vigilância constante e aguçado senso de observação por parte da equipe de enfermagem, a fim de que agravos à sua saúde sejam precocemente identificados. Além disso, as puérperas necessitam de acompanhamento, visto que, em sua maioria, não se encontram, imediatamente após o parto, em condições favoráveis para prestar cuidados a seu filho.

Outra mudança que ocorreu nesta seção diz respeito ao nosso trabalho de atenção com a mãe e o bebê que aumentou consideravelmente, pois algumas mães quando sobem com o bebê para o AC elas estão com sonda, acabaram de passar por um parto cesárea, estão acamadas, com dor, porque sabemos que este tipo de parto é dolorido, afinal é uma cirurgia. [Athena]

Outro fator que levou à sobrecarga de trabalho foi atribuído, por uma das participantes, ao fato da seção de AC ter incorporado, concomitantemente ao processo de implantação das medidas da IHAC, alguns leitos destinados a pacientes da ginecologia, conforme evidenciado no trecho a seguir:

Ambos os eventos aconteceram aproximadamente na mesma época o que sobrecarregou muito o AC, pois veio a ginecologia juntamente com a IHAC, porém o número de funcionários manteve-se o mesmo, pelo contrário até diminuiu o número de enfermeiras, gerando uma sobrecarga de trabalho. Estava acostumada a ficar acompanhando e ajudando a mãe e também acompanhando e orientando a mamada, hoje a gente não consegue mais fazer isso, nós perdemos muito em termos de qualidade de assistência. [Deméter]

O hospital-escola como cenário da implantação das medidas da IHAC

Sendo o HU-USP um órgão complementar à Universidade de São Paulo, este tem como atribuições, além da prestação de serviços de assistência hospitalar de média complexidade, o ensino e a pesquisa. Isso posto, cabe a essa instituição receber estagiários de todas as áreas da saúde. Assim, ressaltou-se que a homogeneização da linguagem estabelecida pela IHAC foi apontada como um dos aspectos importantes que, ainda, precisam ser sedimentados entre os membros da equipe de saúde, da referida instituição, no que se refere à IHAC.

Acredito que nós estamos no meio do caminho ainda para ser um Hospital Amigo da Criança, porque como este hospital é um hospital escola, tem toda aquela questão dos acadêmicos, da medicina e da enfermagem, que deveriam falar a mesma linguagem e nem sempre isso acontece. [Perséfone]

A dimensão avaliativa de estrutura

O discurso a seguir salienta a necessidade da adequação de recursos humanos, materiais e físicos da seção de

AC para a viabilização da proposta nessa instituição. A administração em geral acaba focalizando suas atenções na gerência dos recursos organizacionais, os quais permitem à instituição, desde que bem geridos, alcançar os pressupostos e objetivos com os quais se comprometeu ⁽¹²⁾.

...acredito que o HU, em parte, ainda não está preparado para tornar-se um Hospital Amigo da Criança, pois em termos de pessoal e material, precisaria melhorar muito. [Deméter]

Os aspectos conceituais da nova proposta e os conflitos gerados

Florentino⁽⁹⁾ relata que mudar é um processo inerente ao ser humano e, portanto, inevitavelmente emocional. Segundo essa autora, isso é sinal de que no processo de mudança, os principais alvos das manifestações emocionais são os seres humanos que participam dessa experiência. A fala a seguir evidencia as idiossincrasias das participantes, bem como os conflitos gerados pela implantação da mudança.

Não podemos perder de vista essa mãe, ela precisa de ajuda desde o começo para amamentar. Essa situação me deixa um pouco frustrada, o nosso dia-a-dia está muito corrido, faltam funcionários, faltam enfermeiras e por conta disso algumas mães não recebem a assistência que considero ideal. [Afrodite]

Outro fator responsável pelos conflitos, expresso pelas participantes referiu-se ao fato de que nem sempre a avaliação realizada pela equipe de enfermagem é considerada pelos demais membros da equipe de saúde.

A mãe que passa horas e horas, uma manhã inteira ou um dia inteiro tentando fazer uma criança mamar e não consegue, ela conseqüentemente desanima. No plantão da tarde e da noite não há residentes nem há internos, no entanto no plantão da manhã o residente chega e diz “olha tem que ajudar essa mãe”, ou seja, ele diz para fazer o que estávamos fazendo a tarde inteira, a noite inteira e a não sei quantos dias. Essa situação frustra, pois o seu trabalho não é levado em conta. [Atena]

Verificou-se, ainda, na fala a seguir que as novas atividades, advindas com a IHAC, vêm ocasionando um distanciamento da enfermeira no que se refere à assistência direta ao binômio mãe-filho e à supervisão da assistência de enfermagem:

A gente não consegue mais acompanhar os auxiliares e fazermos o nosso papel de enfermeira adequadamente, ou seja, fazer a supervisão necessária, porque não tem funcionário em número suficiente para isso e, portanto, não nos sobra tempo. Nós só “tocamos” o serviço, é isso que a gente está fazendo, eu saio daqui com a sensação de impotência, sensação de que deixei coisas para fazer. [Deméter]

Observou-se também que as mudanças estão repercutindo diretamente no cotidiano do processo de trabalho da equipe de enfermagem, trazendo questionamentos quanto à humanização da proposta.

...se pensarmos em um pós-parto cesárea, em que o pós-operatório imediato é dolorido e ainda assim essa

mãe tem que ficar cuidando dessa criança 24hs por dia, considero mais difícil haver humanização. Acho que é preciso dar um suporte para essa mãe e para isso você tem que ter mais funcionários para estar auxiliando essa mulher, se você proporcionar isso, a proposta torna-se humanizadora... [Artemis]

A necessidade de dar opção à mulher, ou seja, de permitir que ela tenha possibilidade de escolha, de modo a ser protagonista do processo de nascimento, foi também evidenciado, enfaticamente, pelas participantes.

...na minha opinião tinha que pensar mais na mãe, ser mais humano e tentar fazer isso de uma forma um pouco mais suave para ela, é preciso respeitá-la... nunca ninguém perguntou para essa mãe “você gostaria de cuidar do seu bebê agora?”. Ninguém perguntou isso para ela, isso é uma rotina do hospital que a maioria aceita, mas será que a opinião dela não é tão importante assim? [Atena]

A procedência das usuárias do serviço

Outro aspecto considerado dificultador, que freqüentemente emergiu dos discursos das entrevistadas, envolve a questão da procedência das usuárias do serviço materno-infantil do HU-USP. As participantes referiram um aumento do número de partos na instituição, devido a maior procura de gestantes de áreas que não são da área de abrangência da instituição em questão.

A demanda do HU e da maternidade, mais especificamente, aumentou muito nos últimos tempos, antigamente nós tínhamos, por mês, 200 ou um pouco mais de partos, agora a meta é chegar a 400. Todavia, para que isso aconteça faz-se necessário oferecer subsídios como, por exemplo, aumentar o número de funcionários para que possamos dar uma assistência de qualidade para o binômio mãe-filho. [Artemis]

Os “Dez Passos” da IHAC: aspectos positivos e negativos

Como relatado anteriormente, a IHAC tem como base os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno”, passos esses que resumem as práticas necessárias nas instituições de saúde para reduzir os elevados índices de desmame precoce e que foram descritos pelas participantes deste estudo. Assim, esta categoria “Percorrendo os dez passos da IHAC: aspectos positivos e negativos” explana a percepção das entrevistadas quanto aos passos preconizados pela IHAC.

Percebeu-se que as enfermeiras atribuem à IHAC tanto aspectos positivos como aspectos negativos. Entretanto, as participantes relataram a necessidade de readequação da proposta assistencial para que se tenha como resultado uma assistência com qualidade.

É uma proposta super válida, que ajuda muito na amamentação, o bebê chora menos, pois ele começa o processo de sucção muito tempo antes, portanto ele se desenvolve mais fácil, além disso, você vê que as crianças que sugam na sala de parto apresentam melhor sucção aqui no AC. Entretanto, o HU não está preparado, a começar pelo número de funcionários, não temos condições de dar um atendimento de

qualidade como deve ser dado, porque não temos pessoal para isso. [Atena]

Quanto ao Passo 1 e ao Passo 8 da IHAC que preconizam, respectivamente, o estabelecimento de uma norma escrita sobre o aleitamento materno e a importância da não restrição do mesmo quanto a sua frequência e à duração, observou-se nas narrativas das participantes um consenso quanto à existência e prática dos referidos passos na seção de AC. Sendo assim, esses passos já eram executados na unidade, antes mesmo da adoção das medidas recomendadas pela IHAC.

“Ter uma norma escrita sobre o aleitamento materno, rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde”, nós temos aqui no AC, porém acho que uma norma escrita é pouco lida... “Encorajar o aleitamento materno sob livre demanda”, nós também sempre encorajamos o aleitamento sob livre demanda, desde que eu comecei a trabalhar aqui na maternidade. [Artemis]

O Passo 2 recomendado pela IHAC, estabelece que todos os membros da equipe de saúde que tiverem contato com o binômio mãe-filho, obrigatoriamente, devem receber instruções sobre a implementação da norma de aleitamento materno. A fala a seguir evidencia a necessidade de aprimoramento contínuo da equipe de enfermagem, visando que a capacitação técnico-científica ocorra periodicamente.

O treinamento no hospital e em qualquer instituição é imprescindível, não somente para implementar essa norma, mas também para atualizar os funcionários, porque as mudanças estão sempre ocorrendo, portanto, é preciso reciclar os funcionários periodicamente. [Artemis]

A IHAC determina, através do Passo 3, que mulheres grávidas com 32 ou mais semanas de gestação devem confirmar que as vantagens e o manejo da amamentação foram discutidos com elas durante o pré-natal. Notou-se que esse passo ainda não foi implantado na seção de AC, uma vez que, segundo as participantes do estudo, esse passo está em fase de elaboração.

A parte das gestantes, nós não temos ainda, nós estamos tentando elaborar alguma estratégia para informá-las sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno. [Perséfone]

De acordo com o Passo 4 da IHAC, mulheres que tiveram parto vaginal normal e pelo menos 50% das que tiveram parto cesárea devem confirmar que na primeira meia-hora após o nascimento receberam seus filhos para que o segurassem junto a elas por pelo menos 30 minutos, e que lhes foi oferecida ajuda de um membro da equipe para iniciar a amamentação. O discurso a seguir explicita que a prática recomendada pelo Passo 4 já é executada no Centro Obstétrico(CO) da instituição.

“Ajudar as mães a iniciar o aleitamento materno...”, esse passo é realizado no CO a algum tempo e desde então observamos que o processo de amamentação facilitou para nós aqui no AC... Esse início precoce ajudou as mães na apojadura que agora está

demorando menos para ocorrer e aumentou a drenagem de colostro... [Afrodite]

Entretanto, segundo as participantes deste estudo, tal prática não vem sendo executada adequadamente devido ao excesso de atividades que tornam o tempo escasso para a orientação individualizada das puérperas.

...agora o plantão está um pouco “corrido” e não estamos, nós enfermeiras, tendo muito tempo para estarmos fazendo isso no momento. [Artemis]

De acordo com o Passo 6 estabelecido pela IHAC, qualquer bebê que estiver sendo amamentado ao seio, não pode receber outro tipo de bebida ou alimento além do leite materno, exceto quando houver razões clínicas aceitáveis para tal conduta. Além disso, nenhuma propaganda de alimentos infantis ou outros líquidos que não o leite materno pode estar afixada na unidade de saúde ou ser distribuída às mães, aos profissionais ou à administração do estabelecimento. Este passo também já é realizado pela equipe de saúde da seção de alojamento conjunto do HU-USP, todavia há exceções quanto à recomendação expressa por esse passo, uma vez que, nem sempre, a condição clínica das puérperas é considerada na avaliação da equipe para utilização do complemento lácteo. Tal afirmação torna-se evidente na leitura do trecho a seguir:

...alguns bebês, embora não tenham indicação de complemento lácteo, precisariam recebê-lo, pois a mãe não está em condições de amamentar... Diante disso, solicitamos avaliação médica, mas o pediatra diz que não há indicação para o complemento, pois o RN está bem, com boa sucção e boa glicemia capilar, basta colocarmos para mamar. [Afrodite]

O Passo 7 aponta que puérperas com bebês normais, incluindo aqueles nascidos por parto cesárea, devem ficar em sistema alojamento conjunto, pois este permite às mães responderem sempre que seus bebês mostrarem sinais de que estão prontos para se alimentarem, e isso ajuda a estabelecer um bom fluxo de leite, bem como facilita a formação do vínculo afetivo. Esse passo foi mencionado pela Deméter, entretanto, a mesma adverte que é preciso distinguir certas ocasiões em que esse método deve ser empregado.

“Praticar o alojamento conjunto...”, concordo, o bebê tem que ficar próximo da mãe, porém com algumas ressalvas. Em casos específicos onde a mãe teve um trabalho de parto estressante... porque deixar esse bebê com a mãe? Vamos deixar ela descansar um pouco, tem que saber separar as coisas, discernir quando essa mãe pode ficar com o bebê ou não, acho que a gente tem que pensar que só estão vendo o lado dos bebês, mas temos que pensar no lado da mãe também. [Deméter]

O Passo 9 determina que os bebês não devem ser alimentados por mamadeiras com bicos artificiais e nem se deve permitir que usem chupetas. Caso o bebê não possa tomar leite diretamente do seio materno, o único método alternativo, aceito pela IHAC, para a alimentação dos bebês é o copo. Esse passo também é realizado

no cenário deste estudo, contudo, percebeu-se que nem sempre todos da equipe concordam com a recomendação preconizada pela IHAC, como refere Deméter:

“Não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas ao peito”... com relação ao protetor de silicone, acredito que não poderia ser algo proibitivo...é preferível amamentar com um protetor de silicone a não amamentar de jeito nenhum. [Deméter]

Finalmente, de acordo com o Passo 10, mães que estão amamentando devem ser questionadas a respeito de seus planos para a alimentação de seu filho após a alta hospitalar, sendo extremamente importante que a enfermeira conheça todos os grupos de apoio ao aleitamento materno existentes na área, se houver, e descrever um modo de encaminhamento das mães ⁽⁴⁾.

Na seção de alojamento conjunto do HU-USP, segundo o que consta nos relatos das participantes, as mesmas desconhecem a existência de grupos de suporte na região. Entretanto, referem que a instituição possui uma consulta de enfermagem ambulatorial destinada ao binômio mãe-filho, a qual contempla, entre outros aspectos, assuntos referentes à amamentação.

Concluída a apresentação e descrição das categorias e subcategorias que emergiram das narrativas das participantes, discutiremos, a seguir, sobre a análise interpretativa das mesmas.

A ANÁLISE INTERPRETATIVA DAS CATEGORIAS

Grande parte das organizações estão realizando uma série de projetos, como parte de um esforço de mudança, direcionados à melhoria da qualidade, à reengenharia de estrutura e de processo e à delegação de poderes aos profissionais de saúde ⁽¹³⁾.

A mudança é a transição de uma situação para outra, envolvendo transformação, perturbação e até ruptura de hábitos e costumes, dependendo de sua intensidade ⁽¹⁴⁾. Assim, a implementação da mudança deve ser cuidadosamente idealizada, para garantir que a inovação seja compatível com as necessidades dos trabalhadores e da organização, de modo que proporcione uma vantagem percebida e ofereça benefícios demonstráveis ⁽¹⁵⁾.

Sob essa ótica, qualquer que seja a mudança organizacional proposta, é sempre necessário que ela venha precedida de um diagnóstico situacional quanto aos aspectos relativos ao funcionamento da instituição. Silva ⁽¹⁶⁾ considera que o ideal é que a situação fosse observada e analisada por todas as pessoas envolvidas pela futura mudança, de forma que após a compreensão do diagnóstico situacional, as soluções e estratégias viáveis para a implantação da mudança venham a surgir, como resultado de um trabalho em equipe, adaptadas às condições da organização.

No processo de mudança, que visa a adesão do HU-USP à IHAC, observou-se que a implantação das medidas preconizadas por essa nova proposta assistencial foi realizada sem a total adequação aos itens que possam ter sido levantados em um diagnóstico situacional e que dizem respeito à dimensão de estrutura. Além disso, percebeu-se que o envolvimento da equipe no processo de implanta-

ção das medidas adotadas pela IHAC começou por ocasião da operacionalização das medidas propriamente ditas e não na tomada de decisão referente à introdução das mudanças em seus processos.

Para Lewin (1951) apud Marquis e Huston ⁽¹⁷⁾, o agente de mudança, ou seja, aquele que conduz a mudança, deve percorrer três fases antes que a mesma se concretize e se incorpore à organização. São elas: o descongelamento, o movimento e o recongelamento, as quais serão descritas a seguir.

A primeira fase do processo de mudança planejada corresponde ao descongelamento. Essa etapa tem por objetivo gerar a motivação dos indivíduos, bem como prepará-los para a mudança através do reconhecimento da ineficácia do modelo atual. O agente de mudanças busca criar, nos indivíduos envolvidos, um sentimento de necessidade de mudança, assim, as pessoas ficam descontentes com a situação atual e tornam-se conscientes de que a mudança é necessária. Notou-se, nos discursos das entrevistadas que as mesmas não estavam descontentes com o serviço prestado pela seção de AC, acreditavam que o mesmo encontrava-se humanizado e, portanto, nas suas percepções não havia a necessidade de mudança.

A segunda fase do processo de mudança corresponde ao movimento. Nessa fase o agente de mudança identifica, planeja e implementa estratégias apropriadas, garantindo que as forças impulsoras superem as forças repressoras. A mudança, por se tratar de um processo complexo, deve ser implantada gradualmente e de forma planejada. Neste estudo, observou-se que a implantação das medidas preconizadas pela IHAC foram precedidas de uma capacitação técnico-científica, oferecida a todos os profissionais da instituição, porém percebeu-se que a sensibilização da equipe para as mudanças foi parcial, uma vez que as mesmas ocorreram sem que a equipe estivesse totalmente convencida das vantagens da IHAC.

A última fase da mudança planejada é o recongelamento. Nessa etapa, o comportamento recém-adquirido passa a ser integrado ao comportamento padronizado. Para que o recongelamento ocorra, é fundamental que o agente de mudança apóie e reforce, continuamente ou intermitentemente, os esforços individuais de adaptação daquelas pessoas afetadas pela mudança, para evitar a extinção do comportamento adquirido.

Permeando o processo de mudança, temos ainda a questão emocional, a qual tem sua importância na perspectiva da mudança planejada e, portanto, deve ser considerada nesta análise. De acordo com Perlman e Takacs ⁽¹⁸⁾, é imprescindível que o agente de mudança reconheça que as organizações devem, de maneira consciente e construtivamente, tratar das emoções humanas associadas a todas as fases da mudança planejada. O agente de mudança deve estar, constantemente, alerta para os sinais de desânimo e retrocesso. É pela realimentação que as deficiências poderão ser sanadas.

Diante dessas considerações e acreditando que a administração participativa deva ser o alicerce para o progresso de uma organização, verificou-se neste estudo, a necessidade de uma maior participação das pessoas diretamente envolvidas nos processos de mudança, uma vez que se constatou que as participantes acreditam nas

mudanças advindas da nova proposta assistencial e aderem a essas mudanças, a partir do momento em que alterações em seus processos de trabalho passam a ter significado para elas. Entretanto, salientam que, ainda, são necessárias algumas adequações para que a IHAC traga as usuárias os benefícios almejados do serviço.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu o reconhecimento da percepção de um grupo de enfermeiras quanto às ações implementadas na seção de alojamento conjunto (AC) do HU-USP, referentes a implantação de uma proposta assistencial na área materno-infantil dessa instituição, visando o seu credenciamento como Hospital Amigo da Criança.

Verificou-se que a IHAC visa a adoção de práticas que apoiem o aleitamento materno em maternidades e que muitas dessas práticas já são executadas no HU-USP, desde sua inauguração, outras estão sendo, ainda, instituídas. Assim, observou-se que os “Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno”, que constituem a base dessa Iniciativa, não estão, ainda, sendo executados na íntegra na seção de AC, alguns deles estão em fase de implantação. Desse modo, a referida seção está em processo de reorganização, com a finalidade de atingir todos os passos necessários para o alcance da proposta.

Constatou-se que as reações dos envolvidos no processo de mudança foi, inicialmente, permeada pela insegurança e pelo medo advindos com as novas atribuições. Entretanto, após a capacitação e instrumentalização da equipe tais sentimentos foram minimizados.

Quanto à sensibilização da equipe de enfermagem diante da implantação da nova proposta assistencial, percebeu-se que foi parcial, pois na perspectiva das entrevistadas, faltou um maior envolvimento das mesmas no processo de tomada de decisão.

Kotter⁽¹⁹⁾ enfatiza que o processo de mudança exige conhecimento, tempo e credibilidade de toda uma equipe, porém, como comprovado, é possível ser alcançado, desde que conte com todas as pessoas envolvidas no processo e que estas acreditem na meta estabelecida. Nesse sentido, verificou-se, enfaticamente, nas narrativas das participantes a necessidade de integração da equipe para atuar de forma homogênea, tendo como objetivo comum a valorização e qualidade da assistência prestada ao binômio mãe-filho.

Em relação ao processo de implantação das medidas que constituem a IHAC, averiguou-se que alguns fatores vêm dificultando o pleno estabelecimento das recomendações dessa proposta assistencial como, por exemplo, o aumento da demanda das atividades assistenciais e educativas, o aumento da área de abrangência das usuárias do serviço e a necessidade de adequação de recursos humanos, físicos e materiais da instituição. Sendo assim, percebeu-se que há a necessidade de adequação da instituição, nesses aspectos, para que IHAC venha a tornar-se realidade na mesma.

Observou-se, ainda, que para uma mudança ser bem sucedida, tornam-se necessários o acompanhamento e a avaliação contínua de todo o seu processo, permitindo assim analisar propostas, novas ou modificadas, formuladas com vistas a melhorias posteriores à mudança.

Assim, acredita-se que o resultado deste estudo permite essa avaliação e contribui, ainda, para a reorganização das ações desenvolvidas na seção de AC.

Nesse contexto, Tanaka e Melo⁽²⁰⁾ salientam a importância da avaliação para que esta direcione ou redirecione a execução das atividades. Corroborando o que afirmam esses autores, acredita-se que a avaliação permite, ainda, o monitoramento dos resultados, a identificação de desvios, bem como o planejamento e organização para que os problemas sejam resolvidos.

A ausência do processo de avaliação, segundo Santos⁽²¹⁾, é desastrosa para o serviço, para a instituição e, principalmente, para o usuário. Nessa perspectiva, deve-se fazer uso da avaliação, a fim de determinar os níveis desejáveis ao alcance dos objetivos e realizar as modificações que se fizerem necessárias para atingir um sistema efetivo de prestação de assistência à saúde.

Outro aspecto a ser salientado é que as mudanças são necessárias e importantes na enfermagem, e que o enfermeiro, nesse sentido, deve assumir o papel de desencadeador do processo de mudança, mas para isso, precisa assumir também a posição de desafiador entendendo a mudança como uma oportunidade de crescimento e desenvolvimento, e não como uma ameaça⁽¹⁶⁾.

Nessa perspectiva, cabe aos gerentes dos serviços de saúde, conscientes dos direitos dos clientes internos e externos e das responsabilidades e deveres dos profissionais de saúde, reexaminar e reavaliar, constantemente, suas práticas de assistência e gerência, primando pela identificação de indicadores de qualidade que permitam subsidiar alternativas de melhoria da assistência prestada no cotidiano do trabalho.

Considerou-se que, para o sucesso da mudança proposta no HU-USP, torna-se necessário o conhecimento das percepções dos profissionais envolvidos, bem como a constante instrumentalização dessa equipe.

Diante do exposto, acredita-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a compreensão do processo de mudança que vem ocorrendo na área materno-infantil do HU-USP, fornecendo subsídios para a reorganização das atividades assistenciais, gerenciais, de ensino e pesquisa e, além disso, possibilitar o êxito do credenciamento dessa instituição como Hospital Amigo da Criança.

REFERÊNCIAS

1. Tanaka OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. *Interface*, 2000; 7:113-18.
2. Lima AFC. Significados que as enfermeiras assistenciais de um hospital universitário atribuem ao processo de implementação do diagnóstico de enfermagem como etapa do Sistema de Assistência de Enfermagem - SAE. [tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2004.
3. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1998.
4. Organização Mundial da Saúde. Evidências científicas dos dez passos para o sucesso no aleitamento materno. Tradução de Maria Cristina Gomes do Monte. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2001.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 1994.
6. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 196/96, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. *Bioética* 1996; 4 (2 Supl):15-25.
7. Meihy JCSB. Manual de história oral. São Paulo: Loyola; 1998.

8. Janesick VJ. The choreography of qualitative research design. In: Denzin NK, Lincoln NYS, Editors. Handbook of qualitative research. 2nd ed. London: Sage; 1995. p.379-99.
9. Florentino LC. A participação do acompanhante no processo de humanização [tese]. São Paulo (SP): Escola de enfermagem da USP; 2003.
10. Marcus MT, Lierh PR. Abordagens de pesquisa qualitativa. In: LoBiondo-Wood G, Haber J. Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2001. p.122-39.
11. Chiavenato I. Gerenciando pessoas: como transformar gerentes em gestores de pessoas. 4^a ed. São Paulo: Prentice Hall; 2002.
12. Mendes A, Carvalho G, Castro PC, Santos SBS. Gestão administrativa e financeira na área da saúde. In: Westphal MF, Almeida ES. Gestão de serviços de saúde. São Paulo: EDUSP; 2001. p.181-204.
13. Duck JD. Managing change: the art of balancing. Harvard Business Review, 1993 Nov./Dec.: 109-118.
14. Chiavenato I. Administração nos novos tempos. Rio de Janeiro: Campus; 1999.
15. Rogers EM. Diffusion of innovations. 4^a ed. New York: Free Press; 1983.
16. Silva VEF. Mudanças em enfermagem. In: Kurcgant P. Administração em enfermagem. São Paulo: EPU, 1986. p.164-71
17. Marquis BL; Huston CJ. Administração e liderança em enfermagem: teoria e aplicação. 2^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1999.
18. Perlman D & Takacs GJ. The ten stages of change. Nursing Management, 1990; 21 (4): 33-8.
19. Kotter JP. Liderando mudança. Tradução: Follow-up traduções e assessoria de informática. 5^a ed. Rio de Janeiro: Campus; 1997.
20. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Edusp; 2001.
21. Santos SR. Administração aplicada à enfermagem. 2^a ed. João Pessoa: Idéia; 2002.

Recebido em: 16/12/2005

Aprovado em: 14/02/2006

A VISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE A VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DE TRABALHO EM UMA UNIDADE BÁSICA

THE VIEW OF HEALTHCARE WORKERS ON VIOLENCE IN THE DAILY WORK ROUTINE IN A HEALTH CLINIC

LA VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD SOBRE LA VIOLENCIA EN EL COTIDIANO DE TRABAJO DE UNA UNIDAD BÁSICA

Isabela Silva Cândia Velloso¹

Meiriele Tavares Araujo²

Adelaide De Mattia Rocha³

Marília Alves⁴

RESUMO

Esse estudo teve como objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre os reflexos da violência cotidiana no trabalho de uma Unidade Básica de Saúde. Os dados foram coletados através de entrevista semi-estruturada com membros da equipe de saúde da família e submetidos à análise de discurso. A partir da criação do Programa de Saúde da Família, os profissionais se aproximam das situações de violência nas comunidades, principalmente nas visitas domiciliares. A violência explicita as relações de força da comunidade, dificultando a formação de vínculos e limitando o campo de atuação dos profissionais.

Palavras-chave: Violência; Equipe de Assistência ao Paciente; Saúde da Família; Enfermagem.

ABSTRACT

This study had the objective of examining the understanding healthcare workers have about the effect of everyday violence on the work at a healthcare clinic. Data was collected using a semi-structured interview with members of the family and health team and were then processed by discourse analysis. With the Family Health Program, health workers come close to the violence in the communities, mainly in home visits. Violence makes explicit the relations of force in the community, making it difficult to create bonds and limiting the scope of action of the workers.

Key words: Violence, Patient Care Team; Family Health; Nursing.

RESUMEN

El objeto de este estudio ha sido entender cómo los profesionales de salud sienten los reflejos de la violencia cotidiana cuando trabajan en una unidad básica de salud. Los datos han sido colectados con entrevistas semiestructuradas a miembros del equipo de salud de la familia y sometidos al análisis del discurso. A partir de la creación del Programa de Salud de la Familia, los profesionales se han acercado a las situaciones de violencia en las comunidades, principalmente con las visitas a domicilio. La violencia explicita las relaciones de fuerza de la comunidad, complica la formación de vínculos y limita el campo de actuación de los profesionales.

Palabras clave: Violencia; Grupo de Atención al Paciente; Salud de la Familia; Enfermería.

¹ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG.

² Estudante de Enfermagem. Bolsista de Iniciação Científica da FAPEMIG/ PROBIC

³ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Membro do Núcleo Administração e Pesquisa em Enfermagem –NUPAE. Professora Adjunta do ENB/EEUFMG

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora do Dep. de Enfermagem Aplicada e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da UFMG. Líder do Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem – NUPAE.

Endereço para correspondência: Rua Maria Heilbuth Surette, 338/301 - Bairro Buritis - Belo Horizonte, MG. Cep: 30.575-100. E-mail: isacancio@ig.com.br

INTRODUÇÃO

A sociedade moderna tem vivido sob pressão do medo. Os crescentes índices de violência, principalmente nos grandes centros urbanos, definem comportamentos e incluem-se em uma perspectiva social baseada no individualismo, na desconfiança e no distanciamento entre as pessoas. Nessa perspectiva, situações de violência nas comunidades podem influenciar o trabalho das Equipes de Saúde da Família (ESF), tendo em vista a proposta de inserção no ambiente em que atuam, a ampla participação comunitária, o conhecimento das famílias e grupos de risco.

O conceito de violência é amplo. Não há consenso entre os autores que preferem defini-la por suas formas fragmentadas que assolam a sociedade, como violência doméstica, de gênero, contra o idoso, entre outras. Entretanto, há a idéia comum de que não se pode reduzi-la ao conceito de delinquência, muito pelo contrário, a violência abrange todas as formas culturalmente naturalizadas de agressões interpessoais, de discriminações raciais ou de classes, de abusos e de dominações contra crianças, mulheres, idosos, deficientes. Enfim, ela se manifesta e toma forma das realidades concretas onde se leva a vida, seja no nível interpessoal ou institucional e no ambiente micro ou no macropolítico-social.⁽¹⁾

Ao traçarmos um quadro das características e tendências mais recentes da violência, de uma forma um pouco simplista, seria possível definir, pelo menos, três direções na tentativa de definição de suas causas: mudanças na sociedade e nos padrões de delinquência e violência, crise de justiça do sistema criminal e desigualdade social e segregação humana.⁽²⁾

Declarada, em suas diversas manifestações e amplitude, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1996, como um problema de saúde pública, sabe-se que pouco se avançou em sua abordagem, por vários motivos relacionados aos profissionais e organização dos serviços de saúde. Não há recortes teóricos específicos de situações de violência, mas sim uma abordagem focalizando as formas e estratégias utilizadas pelos profissionais para lidarem com as manifestações de violência na sociedade. A essas manifestações, de caráter genérico, disseminadas na sociedade, denominaremos violência social.⁽³⁾

Os serviços de saúde inseridos nas comunidades convivem com situações de violência cotidiana, sendo informados de conflitos armados entre grupos rivais, ouvindo tiroteios e discussões que colocam os profissionais em situações de risco. Nesse sentido, afirma-se que o problema da violência afeta diretamente o campo da saúde tanto pelo elevado número de mortes que provoca, quanto pelas vítimas que constituem demanda imediata e complexa de cuidados médicos, psicológicos e de reabilitação.⁽⁴⁾

Torna-se importante ressaltar que o fator violência passa a ocupar um lugar de singular relevância com a criação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), em 1991, e do Programa de saúde da Família (PSF), em 1994, tendo em vista que preconizam a integração das ESF à comunidade assistida. As manifestações de violência podem interferir na implantação do PSF e na atuação das ESF, chegando, em algumas situações, a

descharacterizar a proposta inicial da estratégia, evidenciando o pouco preparo dos profissionais para lidarem com situações de violência, principalmente diante do risco a que estão expostos.

A cidade de Belo Horizonte aderiu à estratégia do PSF, criando o programa denominado BHVIDA. De acordo com o documento de "Recomendações para a Organização da Atenção Básica na Rede Municipal", elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA), algumas situações são consideradas inaceitáveis, como: "a organização da assistência sem conhecimento da realidade do território; não fazer o atendimento domiciliar sempre que se fizer necessário e não articular a diversidade de recursos sociais existentes na área de abrangência".⁽⁵⁾

Entretanto, não são contemplados fatores do ambiente que podem interferir na atuação das equipes dificultando o trabalho, nem a realidade é utilizada, cotidianamente, como norteadora das ações, pois os planejamentos não explicitam alguns fatores que constituem barreiras à execução de suas atividades. Na rede hierarquizada, as ESF, as Unidades Básicas de Saúde e as Unidades de Pronto Atendimento, por constituírem o primeiro nível de atendimento e porta de entrada para o sistema, atendem à crescente demanda de pacientes vítimas de violência, com quadros clínicos cada vez mais graves e complexos, apesar do escasso preparo para lidar com as situações.

Entre as situações descritas como "inaceitáveis", torna-se fundamental repensar a realidade cotidiana de trabalho das equipes, incluindo as dificuldades relacionadas à violência à qual estão expostos os profissionais: violência decorrente de conflitos na comunidade, com casos de tiroteios; prestação de cuidados, na unidade de saúde e em domicílio, a membros envolvidos nos conflitos. Por outro lado, lidar e ter que se posicionar diante de conflitos familiares e da comunidade em geral aumenta a vulnerabilidade dos profissionais a todo tipo de conflito, o que genericamente denominamos violência social.

A partir da nova organização dos serviços, há uma maior aproximação dos profissionais das ESF's com a realidade da população atendida, e a problemática da violência, diretamente vivenciada pelas comunidades, passa a influenciar, ainda que indiretamente, no funcionamento dos serviços e o cotidiano dos trabalhadores. Assim, esse estudo teve como objetivo compreender a percepção dos profissionais de saúde sobre os reflexos da violência cotidiana no trabalho de uma Unidade Básica de Saúde, focalizando o trabalho das ESF.

Serviços de Saúde e violência: algumas aproximações

A sociedade vigente foi organizada a partir da espolição violenta da mais-valia do trabalho e da exclusão de grande parte da população. Mas, na realidade, o conflito real entre o capital e o trabalho dá origem a uma luta de classes com dominação permanente dos donos do poder e que cria violência em todos os campos: político, econômico, cultural, religioso, educacional e sanitário.⁽⁶⁾

No Brasil, os índices de violência vêm crescendo nos últimos anos, principalmente entre a população masculina jovem, mas não parece haver, ainda, consenso entre os cientistas sociais quanto às causas desse crescimento.

Dados do IBGE de 2003 apontam que a mortalidade masculina no grupo etário de 20 a 24 anos chega a ser quase dez vezes superior à feminina. No caso específico das mortes por causas externas, nas quais se incluem as relacionadas à violência, enquanto a incidência entre mulheres dessa mesma faixa etária manteve-se praticamente inalterada de 1980 a 2003, apresentado 19 óbitos em 1980 e 18 em 2003, as taxas entre os homens, saltaram de 121, em 1980, para 184 óbitos por 100.000 jovens em 2003. Esse crescimento pode ser observado na relação entre as taxas de mortalidade por causas naturais e causas externas na população masculina entre 20 e 24 anos, ou seja, em 1980 essa relação era de 128/121. Em 2003, a relação passou para 75 e 184, sendo que as taxas de mortalidade por causas externas chegam a ser mais de 10 vezes superior à feminina.⁽⁷⁾

Recentemente, o “Anos Potenciais de Vida Perdidos” (APVP) vem sendo utilizado como um indicador de saúde que, quando aplicado a um grupo populacional, traduz o número de anos que uma pessoa morta prematuramente, poderia ter vivido e produzido. Por meio desse índice é possível calcular o prejuízo para determinada população por perda precoce de força de trabalho por morte ou seqüelas incapacitantes. Nesse sentido, estima-se para o País, a perda de força de trabalho, ônus com tratamento e reabilitação, bem como com encargos sociais para o próprio indivíduo ou familiares.

Dados do DATASUS de 2001, mostram que dos 178 anos potenciais de vida perdidos pelos homens no ano de 2001, 27,33% são secundários a causas externas (acidentes, homicídios e suicídios). Grande parte entre os 20 e 29 anos. Nos grupos etários de 15 a 19 anos e de 20 a 29 anos, o APVP por causas externas somam cerca de 75% do total para todas as idades. Para as mulheres, o APVP de 2001 foi de 98 e deste 9,13% correspondem a mortes por causas externas.⁽⁸⁾

Dessa forma, percebe-se que o problema da violência não é simplesmente um problema de segurança pública. Na verdade, a violência extrapola limites e atinge vários segmentos, inclusive, o da saúde. São vítimas que morrem, ou que demandam atendimento em serviços de urgência e emergência e que necessitarão de reabilitação, gerando perdas individuais e prejuízos para toda a sociedade.

No setor saúde, o serviço de urgência constitui a porta de entrada para atendimento imediato e definição inicial dos prejuízos sofridos pelo indivíduo. A seguir as vítimas são encaminhadas para o longo e difícil processo de reabilitação. Entretanto, os serviços de reabilitação têm sido insuficientes quantitativa e qualitativamente para absorver o volume de pacientes com seqüelas físicas e psicológicas secundárias às situações de violência vivenciadas. Os serviços são poucos, não estão adequadamente estruturados e os profissionais, nem sempre estão técnica e emocionalmente preparados para o atendimento necessário. Nessa perspectiva, acredita-se que o setor saúde necessita ser redimensionado, com a criação de programas ou políticas que incorporem a dimensão dos sujeitos que vivenciam as situações de violência, direta ou indiretamente, para que a assistência prestada a este público seja qualificada como eficiente.⁽⁴⁾

Em 1996, em sua quadragésima nona Assembléia Mundial de Saúde, a OMS declarou a violência como um relevante e crescente problema de saúde pública em todo o mundo. Diante das conseqüências da violência, a curto e longo prazo, para indivíduos, famílias, comunidades e nações, bem como dos efeitos da violência nos serviços de saúde, foi solicitado aos membros da Assembléia consideração urgente dos problemas relacionados à violência e à publicização das atividades para amenizar o problema.⁽³⁾

Em 2002, foi publicado o “World Report on Violence and Health”, posteriormente traduzido para o francês, espanhol e russo. O Relatório estabelece como objetivos: descrever a magnitude e importância da violência em todo o mundo; descrever os principais fatores de risco para a violência; contabilizar os tipos de intervenções que têm sido realizadas e o que se conhece sobre sua eficiência e elaborar recomendações em âmbito local, nacional e internacional.

O Brasil é, hoje, internacionalmente reconhecido e tem projeção mundial quando se trata de assuntos relacionados à violência social, que vem se apresentando em suas mais distintas modalidades: crime comum, violência fatal conectada com o crime organizado, violações dos direitos humanos, explosão de conflitos nas relações pessoais e intersubjetivas, mais propriamente conflitos de vizinhança que tendem a convergir para desfechos fatais. São causas que, embora relacionadas entre si, têm raízes em causas não necessariamente idênticas.⁽²⁾

Por outro lado, embora tenha havido uma alentada produção acadêmica direcionada para o estudo da violência sob a ótica da saúde desde a década de 1990, os estudos têm privilegiado ações normativas e de curto prazo, já que a maioria dos trabalhos tem se limitado a descrever os problemas e apresentar propostas de soluções, sem aprofundar as problemáticas referenciais.⁽¹⁾

Ainda no campo da saúde, na década de 1990, desencadeou-se, no País, um movimento de mudança de modelo assistencial, que teve início com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Em 19 de setembro de 1990, foi sancionada a Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde.⁽⁹⁾

Como estratégia para se alcançarem os objetivos propostos pelo SUS, iniciou-se no País, em 1991, o PACS, foi redimensionado, em 1994, com a formação das primeiras Equipes de Saúde da Família. As metas centrais do PSF são a prestação da assistência integral e contínua, com resolutividade e qualidade, atendendo às necessidades de saúde da população adscrita, destacando-se a perspectiva da família.⁽⁹⁾ Nesse modelo, enfatiza-se a abordagem multidisciplinar, os processos diagnósticos de realidade, o planejamento das ações e a organização horizontal de trabalho, o compartilhamento do processo decisório, além do incentivo ao exercício do controle social.⁽¹⁰⁾

A partir dessa nova organização dos serviços há uma maior aproximação dos profissionais das ESF com a realidade da população atendida. Então, a problemática da

violência, vivenciada pelas comunidades passa a influenciar, ainda que indiretamente, o funcionamento dos serviços e o cotidiano dos trabalhadores.

METODOLOGIA

O estudo foi desenvolvido a partir de uma abordagem qualitativa, considerando que esse formato de análise responde a questões particulares, preocupando-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Trabalha com “significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.⁽¹¹⁾

O cenário escolhido foi uma Unidade Básica de Saúde (UBS) que compõe o sistema de atenção primária do Distrito Sanitário da Regional Oeste da cidade de Belo Horizonte que possui 06 (seis) ESF. Os sujeitos do estudo foram 08 (oito) profissionais de ESF, escolhidos aleatoriamente e que, nos resultados, aparecem numerados de acordo com a sequência das entrevistas como E1, E2..... e E8. Os dados foram coletados na própria unidade, de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Para a coleta de dados utilizou-se a entrevista com roteiro semi-estruturado, por sua capacidade de enumerar da forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos.⁽¹¹⁾

Como na pesquisa qualitativa considera-se que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões. Neste estudo a amostra abrangiu um número de profissionais necessários para o favorecimento da compreensão da realidade estudada. A coleta foi encerrada ao se observar a saturação dos dados, ou seja, quando nenhuma informação nova estava sendo acrescentada.

Os dados obtidos foram submetidos à Análise do Discurso, que visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. O objetivo básico da Análise do Discurso é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão de significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: religioso, filosófico e sociopolítico, sendo, portanto, fidedigno à significação do estudo proposto.⁽¹¹⁾ A análise foi realizada utilizando-se os seguintes passos propostos por Minayo⁽¹¹⁾: ordenação e classificação dos dados e análise final.

A ordenação dos dados inclui transcrição das fitas, releitura do material e organização dos relatos seguindo uma determinada ordem. A classificação dos dados compõe-se da leitura exaustiva e repetida dos textos, que permite apreender as estruturas de relevância e os temas centrais que são organizados em “Corpus” de comunicações. A análise final constitui a interpretação dos relatos pelo movimento entre o teórico e o empírico e vice-versa.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Embora o termo violência já fosse utilizado na antiguidade, o interesse sociológico para a problematização desse tema surgiu mais recentemente, em meados do século XIX, quando foi tema de discussão de Hegel, Marx

e Nietzsche, principalmente em função dos movimentos sociais, destacando-se os europeus desse período.

No entanto, é curioso como a Revolução Francesa, que levou tantas pessoas à guilhotina, não tenha destacado esse tema em toda a sua magnitude. Isso parece estar relacionado ao fato de que, quando justificada por um bem maior, a violência torna-se naturalizada, o que contribui, ainda mais, para dificultar sua definição. Assim, uma mesma situação pode ser caracterizada como violenta ou não de acordo com sua finalidade. A violência só existe quando é psicologicamente identificada como tal.⁽¹²⁾

Se não há para estudiosos um conceito fechado do que seja violência, para a população em geral, inclusive profissionais de saúde que trabalham em áreas consideradas como de altos índices de violência, esse conceito é amplo e também mal definido, com poucas reflexões. O conceito é construído no dia-a-dia, diante de situações em que a violência se apresenta de várias formas: agressão física, emocional, psicológica, política, social, entre outras.

Diante da dificuldade em estabelecer um conceito de violência, evidencia-se um misto de emoções e angústias ao se discutirem as questões que permeiam a relação profissional-usuário nas comunidades em que a violência está enraizada em suas diversas formas de manifestação. Além disso, há dificuldades em verbalizar situações de violência como algo relevante no cotidiano das relações, conforme mostram as falas dos profissionais a seguir.

Acho que violência de agressão física a gente nunca teve nenhuma, não. No caso da nossa equipe nunca teve nenhum caso, não. Mais de problema familiar, de problema de pai com filho, de agressão verbal, às vezes de ameaça, de ameaça assim, é mais no âmbito psicológico (E2).

A manifestação de violência quando não é visível nem demanda atendimento tende a ser menos valorizada, embora atinja membros da comunidade próxima. A entrevistada parece tentar diminuir o impacto da violência ao afirmar que as ameaças ocorrem “mais no âmbito psicológico”. Torna-se importante ressaltar que esse tipo de violência está presente em toda a sociedade, mas como não resulta em marcas físicas visíveis é relegada a um nível secundário.

É... aqui... a violência aqui é mais pelo tráfico, né? Então, a população é, muito assim, agredida, tanto fisicamente como espiritualmente (E4).

O tipo de violência mais comum divulgada na população, é principalmente com os adolescentes, que estão muito relacionadas com o tráfico de drogas e acabam sofrendo influência (E8).

Os entrevistados tendem a relatar as situações de violência concretas vivenciadas pela ESF, relacionadas a grupos mais vulneráveis e tentam explicitar as possíveis causas. Nesse sentido, percebe-se que a violência é identificada de acordo com épocas, locais, circunstâncias, realidades muito diferentes, sendo que há violências toleradas e violências condenadas. Assim, encerrar a definição de violência em um conceito fixo e simples é correr o risco de reduzi-la, de compreender mal sua evolução e sua especificidade histórica.⁽¹⁾

No entanto, fica clara a dificuldade das pessoas em assimilar a real dimensão do que seja a violência em seu cotidiano de trabalho, tendo em vista que apenas situações extremas como mortes e agressões físicas são percebidas como passíveis de indignação e reação.

... escutando tiroteio a gente fica apreensiva, mas o trabalho continua do mesmo jeito, a não ser quando mata um, né? Ai a gente já chegou até a fechar aqui, mas foi umas duas vezes. É muito raro. Mas quando há alguma morte, alguma coisa perto do centro de saúde, a gente fica bem apreensivo mesmo. Mas no dia-a-dia não interfere, não (E4).

Essa entrevistada refere-se a um sentimento de proteção dentro da unidade de saúde, tendo em vista que mesmo em situações nas quais seja possível ouvir tiros próximo à unidade, há apenas certa apreensão, mas não há modificação no processo de trabalho. Na realidade, percebe-se que há uma banalização da violência vivenciada no dia-a-dia pelos trabalhadores. Entretanto, quando há morte perto do centro de saúde configura-se uma quebra dessa barreira de proteção, expondo a fragilidade das pessoas diante dos confrontos externos à unidade. Esses eventos, pela sua objetividade e magnitude, interferem na dinâmica da unidade, provocando seu fechamento, por algum tempo, até que a situação seja equacionada na comunidade e o medo do risco iminente volte ao seu limiar tolerável no dia-a-dia.

Nessa perspectiva, o medo está na interface do mundo exterior com o mundo interior, começando exteriormente pela consciência de fatores de risco variados e fora do controle das pessoas. A consciência de risco está associada à percepção interna da pessoa sobre a sua vulnerabilidade a esses fatores e a sua capacidade de resposta. O medo surge na mente assim como os sonhos, evoluindo ambos de forma interminável e recorrente. Embora existam situações materiais de perigo, o risco é antes de tudo uma percepção individual e uma construção mental.⁽¹³⁾

A análise do trabalho em um ambiente permeado por situações diversas de violência mostra como a percepção de riscos e a vulnerabilidade individual podem produzir diferentes reações das pessoas em seu cotidiano profissional, o que torna evidente a dimensão subjetiva e interna da noção de risco.

...em relação ao medo, a gente tenta evitar. Eu, por exemplo, se estivesse trabalhando num local que eu ficasse com medo eu não viria, né? (E8).

Ao interrogar o entrevistador no final de sua afirmação o entrevistado busca a confirmação de sua posição, o que evidencia certa insegurança em relação a ela.⁽¹⁴⁾

...quando o paciente age com violência, a gente tenta manter a conduta mais direcionada pro que ele quer no momento, porque a gente fica com medo e não pode conduzir da maneira como seria melhor pra ele (E7).

A entrevistada mostra sua impotência diante do paciente violento. Embora reconheça ter domínio gerencial da clínica e saiba definir a conduta mais adequada, ela

opta por uma postura de auto-proteção, pois precisa atender a demanda imediata do paciente: “fazer o que ele quer no momento” em vez de lançar mão de sua prática rotineira para não sofrer retaliação posterior.

Em relação às visitas domiciliares, elas têm sido consideradas por muitos profissionais de saúde como um fator de risco no trabalho, à medida que a sensação de segurança da estrutura física da unidade de saúde é rompida. Mesmo os ACS que residem na área de abrangência do centro de saúde e conhecem a realidade local, mostram, em algumas situações, receio de circularem pelas ruas onde moram. As visitas são evitadas quando os ACS identificam que o risco está elevado, em decorrência de tiroteios, conflitos de grupos rivais ou alguma situação que altere a precária condição de normalidade local.

Nesse sentido, ao sair da unidade, o profissional fica mais exposto à rotina da comunidade e perde o suporte físico e emocional do centro de saúde. Nessas atividades, a realidade deixa de ser aquela descrita pelo ACS e passa a ser uma realidade compartilhada pelo profissional que não reside na região. O ACS, nesse contexto, é um vigilante, dos agravos à saúde da população e, também, uma sentinela das movimentações nos aglomerados.

Ao mesmo tempo, os trabalhadores, representando a unidade de saúde, assumem a condição de representantes do Estado, detentores de certo poder na relação com a comunidade, mas deparam-se com um poder paralelo do qual desconhecem as regras. Há para com as ESF um certo respeito e consideração da população, mesmo por parte dos indivíduos diretamente envolvidos com a violência. Os profissionais têm a incumbência de cuidar e os protagonistas de situações de violência, o direito de serem cuidados. No entanto, fica clara a dependência do contexto no qual os limites são tênues.

...eles tem muita consideração com o pessoal daqui, da saúde, né? Do centro de saúde (E4).

Os dias que a gente fica sabendo que tá tendo algum problema na área, a gente não vai. Lógico que quando você vai fazer uma visita, você fica... você se sente um pouco ameaçado, fica meio de olho, mesmo se você sabe que no dia não está acontecendo alguma coisa. Você sabe que a área é uma área de risco (E2).

Apesar de a unidade de saúde funcionar como barreira à violência, impondo respeito, por outro lado, o medo está sempre presente entre os profissionais em uma área reconhecidamente violenta, na qual, a qualquer momento, podem eclodir conflitos diversos. Nesse sentido, percebe-se o exercício de um poder entre parceiros, individuais ou coletivos, que surge a partir do modo de ação de alguns sobre outros.⁽¹⁵⁾

As situações de violência fazem parte da organização do trabalho em geral, mas nas visitas domiciliares são um fator decisivo. As visitas, eletivas ou não, são definidas após informação da situação de violência na área pelos ACS ou pela própria percepção do profissional, de acordo com o endereço a ser visitado e da situação de violência no momento. Portanto, o processo de trabalho é, em parte, definido pelas condições do ambiente. No caso de situações extremas de manifestação de violência, como

tiroteios, as visitas são suspensas, deixando em segundo plano a assistência aos usuários, em favor do instinto de sobrevivência do profissional.

Pois é, isso que eu falei, prejudica nessa hora, que tá tendo tiroteio a gente não pode descer (E4).

... a gente adequou o nosso horário de visita. A gente faz sempre visita no horário da manhã, e no meio da semana. São sempre visitas programadas, né? Algumas das vezes, quando tá tendo algum problema de violência na região, tipo tiroteio, alguma coisa assim, o agente de saúde avisa prá gente, a gente não faz a visita no dia (E8).

Os tiroteios são citados como eventos que inviabilizam as visitas domiciliares. Além disso, o serviço se organiza de acordo com a realidade local. Assim, mesmo com o apoio da população para o trabalho da ESF, os profissionais deixam transparecer que há um sofrimento gerado pela exposição ao perigo, e estratégias de proteção para o trabalho são adotadas, de acordo com os acontecimentos locais. Os trabalhadores, cientes dos riscos, acreditam, ainda, ter de contar com o fator sorte para trabalharem em um ambiente permeado pela violência.

...sofremos, porque a gente visita a casa dos meninos. Então é sempre uma tensão (E3).

...é que a gente vai visitar é a pé, ou então no nosso carro próprio, sem segurança nenhuma mesmo. A gente tá ali exposto, e se acontecer, aconteceu, não tem nada assim, que a gente... não tem nada que é feito pra nos proteger. A gente fica a mercê mesmo, vai da sorte. E você vai. Você vai correr o risco mesmo. A gente fica contando com a sorte; com Deus e com a sorte (E2).

Apesar do medo e do sofrimento relatado pelos entrevistados, as visitas domiciliares são realizadas. Sentem-se desprotegidos abandonados à própria sorte. Referem não haver infra-estrutura adequada do serviço para o desenvolvimento de suas ações.

Nas sociedades marcadas pela violência, como é o caso da brasileira, a violência torna-se uma “linguagem organizadora”, configurando um sistema em que a regra de acesso é o exercício puro e simples da violência.⁽¹²⁾ Nesse sentido, as ações dos profissionais são definidas a partir do contexto social, no qual é estabelecido um jogo de dominação entre dois poderes: o poder de direito do Estado e o poder de uma realidade de violência. Os profissionais posicionam-se involuntariamente no centro do conflito, sendo a situação do ACS a mais preocupante por ser, ao mesmo tempo, um membro da comunidade que conhece suas regras de funcionamento e um trabalhador da saúde que tem um trabalho a realizar.

Na construção de ações coletivas, a expansão da violência afeta o campo de relações a partir das quais as formas de organização se constituem e se reproduzem. Assim, a violência é uma linguagem que integra as demais manifestações de cada indivíduo e as legitima, sendo capaz de organizar relações de poder, de território, de autodefesa, de inclusão e exclusão e institui-se como único paradigma ⁽¹²⁾, conforme se vê nas falas a seguir:

...eles chegam, a gente já sabe quem é. Aí, pede pro que é o próximo para entrar na sala para passar na frente, eles deixam tranquilo. Aí, entra. O atendimento deles é rápido, aí vai e sai. Não faz receita, não tira ficha, não faz nada disso, mas é atendido (E1).

a gente procura liberar da melhor forma possível o serviço. Pra andar mais rápido no atendimento, pra liberar bem rápido. Quanto mais rápido, melhor pras pessoas ficarem aqui dentro do posto (E3).

As falas mostram a organização do trabalho cotidiano a partir da identificação de indivíduos da comunidade que possam colocar em situação de risco outros usuários e profissionais diante da possibilidade de confronto na unidade de saúde. O conhecimento dos usuários e do que representam, em termos de riscos, faz com que os profissionais, com a aquiescência da comunidade os priorizem no atendimento para liberá-los rapidamente. O atendimento torna-se diferenciado do rotineiramente prestado aos usuários: não há registro em prontuário nem prescrição escrita. Há um acordo tácito entre as partes, no qual os profissionais buscam evitar que o centro de saúde se torne um cenário de confrontos. Essa forma de atender a indivíduos identificados como de alto potencial de risco para o funcionamento do serviço torna-se uma estratégia de proteção aceita por profissionais e usuários. A violência constitui, assim, um poderoso obstáculo à ação coletiva como forma de resolução de problemas.

... a gente se sente despreparado. Mas isso interfere demais da conta. A gente vê quando acontece alguma coisa na comunidade, algum acerto de contas. Às vezes alguém que morreu, os vizinhos adoecem mais, além da família, que fica desestruturada (E2).

A entrevistada se refere à interferência das situações de violência vivenciadas pela comunidade, como acerto de contas entre grupos rivais envolvendo morte e o reflexo no trabalho da unidade de saúde e, ainda, ao despreparo dos profissionais para lidar com o problema. Embora vivam em um contexto permeado pela violência, com conflitos constantes, o evento da morte surge como o gatilho de reações de luto que se traduzem no adoecimento mais freqüente das pessoas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A violência pode ser entendida como um fenômeno biopsicossocial definido a partir das relações de forças em uma determinada sociedade. No setor saúde, com a criação do PSF, a nova organização do trabalho favoreceu a aproximação dos trabalhadores com a realidade da população, trazendo para a agenda da saúde pública o problema da violência nas comunidades. Os profissionais reconhecem os riscos a que estão expostos, principalmente nas visitas domiciliares, mas, também, no trabalho cotidiano nas unidades de saúde. No entanto, acreditam no reconhecimento, apoio e proteção da ESF pela comunidade no desenvolvimento de suas atividades, embora sejam insuficientes para conter o risco em determinadas situações.

Percebe-se que falar sobre a violência na área da unidade de saúde é difícil para os profissionais. Inicialmente,

coloca-se a violência como algo distante, que não interfere no trabalho. Aos poucos, são explicitados “os medos” no dia-a-dia de trabalho, a priorização de atendimento a indivíduos reconhecidamente perigosos, as regras de organização do serviço para evitar conflitos e a suspensão das visitas domiciliares, como estratégia de proteção.

Nesse sentido, o poder instituído das ESF se defronta com uma outra forma de poder paralelo, cujas regras e objetivos são distintos e opostos. A população e profissionais são penalizados, nos grandes centros urbanos, pelas diversas formas de violência. Os tiroteios e as mortes, são sinais de alerta quanto ao risco, havendo, também, os aspectos subjetivos do cotidiano, de violência familiar ou na vizinhança contra crianças, mulheres e idosos, os quais provocam adoecimento na população e um estado de alerta permanente entre os profissionais. Portanto, para abordar a violência como problema de saúde pública, há que se percorrer um longo caminho de estudos, preparação dos trabalhadores e organização dos serviços de saúde, incluindo condições de trabalho como suporte para os profissionais.

REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS, Souza E R, Organizadores. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2003.
2. Adorno S. Exclusão socioeconômica e violência urbana. *Rev Sociologias*, Porto Alegre, 2002; (8):234-8.
3. Organização Mundial de Saúde (OMS). World Report on Violence and Health. Geneva: OMS; 2002.
4. Deslandes SF. Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2002.
5. Belo Horizonte. Secretaria Municipal de Saúde. Recomendações para a organização da Atenção Básica na Rede Municipal: Versão Preliminar. Belo Horizonte: Gerência de Assistência; 2002. (mimeo).
6. Boof L. A voz do arco-íris. Rio de Janeiro: Sextante; 2004.
7. IBGE. Indicadores Sociais de 2004. Rio de Janeiro: IBGE; 2004.
8. DATASUS. Informações de saúde. Mortalidade (2003). [Citado em: 20 jul. 2005] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/>
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a organização da Atenção Básica. 3ª Ed. Brasília: MS, 1999.
10. Ribeiro EM, Pires D, Blank VLG. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública*, 2004; 20 (2):
11. Minayo, M. C. S. O Desafio do Conhecimento. São Paulo: Editora Hucute, 2004.
12. Marcondes Filho C. Violência fundadora e violência reativa na cultura brasileira. *Cad. Saúde Pública*, 2001; 15 (Supl. 2): 37-43.
13. Motta PRM. Ansiedade e medo no trabalho: a percepção do risco nas decisões administrativas. In: VII Congreso Internacional Del CLAD sobre la Reforma Del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11. Oct.2002.
14. Maingueneau D. Termos chave da análise do discurso. Belo Horizonte: UFMG; 1998.
15. Foucault M. O Sujeito e o poder. In: Dreyfos H, Rabinow P, Foucault, M. Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1995.

Recebido em: 30/09/2005

Aprovado em: 03/01/2006

CAUSAS DE AFASTAMENTO ENTRE TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UM HOSPITAL PÚBLICO DO INTERIOR DE SÃO PAULO¹

CAUSES OF SICK LEAVE OF NURSES OF A PUBLIC HOSPITAL IN THE INTERIOR OF THE STATE OF SÃO PAULO

CAUSAS DE LICENCIA ENTRE ENFERMEROS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DEL INTERIOR DE SÃO PAULO

Júlia Rodrigues dos Santos Gonçalves²

Edna Pereira de Melo²

Sandrelly Regina Lopes Lombas²

Cleuza dos Santos Mariano²

Ludjane Barbosa²

Manuela de Santana Pi Chillida³

RESUMO

Estudo quantitativo retrospectivo em um hospital público do interior paulista, que teve como objetivo identificar as características dos trabalhadores de enfermagem que se afastaram do trabalho no período de um ano e quais as causas que levaram ao afastamento. Verificou-se com este trabalho que é elevado o índice de afastamentos, sendo que as doenças de maior prevalência foram as osteomusculares, mentais, respiratórias e lesões por causas externas. A partir deste estudo foi possível identificar a necessidade de medidas de promoção, manutenção e restauração da saúde.

Palavras-chave: Licença Médica; Recursos Humanos de Enfermagem; Saúde Ocupacional.

ABSTRACT

This is a quantitative retrospective study in a public hospital in the interior of the State of São Paulo. The objective was to identify the characteristics of the nursing workers who were on sick leave. A period of one year was chosen and the causes of leave were recorded. We found there is a high rate of sick leave and the most common diseases were osteomuscular, mental and respiratory problems and lesions with external causes. This study made it possible to identify the need for measures to promote, maintain and restore health.

Key words: Sick Leave; Nursing Staff; Occupational Health.

RESUMEN

Estudio cuantitativo retrospectivo de un hospital público del interior de São Paulo, con el objeto de identificar las características de enfermeros que solicitan licencia por un año y qué causas los llevan a tal decisión. Con este estudio se ha comprobado que el índice de licencias solicitadas es alto y que entre las enfermedades que más prevalecen se pueden citar las osteomusculares, las mentales, respiratorias y lesiones por causas externas. A partir del presente estudio se ha podido identificar la necesidad de establecer medidas de promoción, mantenimiento y restauración de la salud.

Palabras clave: Ausencia por Enfermedad; Personal de Enfermería; Salud Ocupacional.

¹ Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharelado em Enfermagem pela UNIP-Universidade Paulista - Campinas.

² Graduandas do curso de Enfermagem da UNIP - Campinas.

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UNICAMP, professora do curso de graduação em Enfermagem UNIP-Campinas.

Endereço para correspondência: Av. Hevert Souza, 01 bl. I, 32 Jardim Santa Cruz, Campinas/SP Cep: 13.051-205 Email: julijose@terra.com.br

INTRODUÇÃO

A saúde ocupacional surgiu durante a II Guerra Mundial devido às condições de trabalho a que os trabalhadores foram submetidos intensificando o processo de produção, gerando com isso perdas de vida por acidentes de trabalho e doenças do trabalho. Neste contexto, de insatisfação e reivindicação dos trabalhadores surge então nas grandes empresas a saúde ocupacional, com ênfase nas condições ambientais e melhora das condições de trabalho.⁽¹⁾

Com a construção de conhecimento em saúde ocupacional através de pesquisas realizadas nas escolas de Saúde Pública, esta passa a ser considerada um ramo da saúde ambiental.

Porém os conceitos da saúde ocupacional foram insuficientes e não atingiram os objetivos propostos, pois mantinham o referencial da medicina do trabalho firmado no mecanicismo. Surge então a necessidade de introduzir novos conceitos como: saúde do trabalhador que tem como características principais os direitos do mesmo em ser reconhecido em seu saber, questionando as alterações nos processos de trabalho, fazendo jus aos direitos de informação e a recusa ao trabalho em condições precárias.⁽¹⁾

A saúde do trabalhador passa a abranger também a promoção da saúde, e a se ocupar dela utilizando o processo educativo como estratégia principal para a mudança no comportamento das pessoas e seu estilo de vida.

Segundo Murofuse et al. e Oliveira et al., a saúde do trabalhador pode ser definida como o processo saúde e doença, em sua relação com o trabalho, como ação humana social que compreende a capacidade do homem de produzir o meio em que vive, bem como a si mesmo.⁽²⁻³⁾

Com relação à saúde mental, Dejours aborda em estudo realizado sobre a psicopatologia do trabalho que o corpo fica sem defesa e fragilizado quando perde seu protetor natural que é o aparelho mental, correndo o risco de tornar-se doente, evidenciando que o sofrimento aparece em sua maioria, na classe de subproletariado. Nesse contexto, o sofrimento mental resulta da organização do trabalho nos seus aspectos: condições de trabalho, ambiente físico, químico e biológico, além da organização em si como divisão do trabalho, conteúdo da tarefa, sistema hierárquico, etc.⁽⁴⁾

Os profissionais de enfermagem se submetem em seu cotidiano de cuidados a uma série de estressores decorrentes do próprio trabalho, que de forma persistente e inesperada geram constantes falhas no processo de produção, reduz a motivação no desempenho de suas tarefas e nas relações interpessoais.

O processo do cuidado direto a pessoas doentes, associado às longas jornadas, à baixa remuneração, ao freqüente emprego duplo, ao desenvolvimento de tarefas com demandas física e mentais tem sido enfatizados em vários estudos.⁽⁴⁻¹⁰⁾

Dentre eles destacamos o de Escher et al., ressaltando que a filosofia do cuidado reflete os valores de enfermagem como profissão, porém, na prática, observa-se que o número de profissionais da equipe de enfermagem é insuficiente para implementar essa filosofia.⁽⁸⁾

Concordam com essa idéia Rocha et al., quando abordam que os aspectos do ambiente físico, químico e biológico do local de trabalho podem resultar em ansiedade⁽⁷⁾, assim como Reis et al. descrevem “Os profissionais de enfermagem constituem um grupo que se destaca por suas características relacionadas a gênero, hierarquia e sobrecarga, tanto física como emocional”.⁽¹¹⁾

Araújo et al., afirmam que, entre as trabalhadoras de enfermagem, a identificação da sobrecarga de trabalho, destaca-se como principal fator de estresse ocupacional, concluindo que as enfermeiras costumam relatar maior estresse profissional do que as auxiliares e atendentes de enfermagem.⁽⁶⁾

O trabalho de enfermagem ocorre de forma fragmentada, em etapas, com separação entre a concepção e a execução. Em muitas situações a equipe de enfermagem tem dificuldade em perceber na realização de suas atividades, a própria elaboração do trabalho, seus resultados e as consequências deste na vida dos indivíduos, dificuldades essas que acabam gerando uma sobrecarga psíquica.⁽⁴⁾

Alguns estudos demonstram que o processo de trabalho é responsável pelas consequências penosas ou desfavoráveis ao funcionamento psíquico do trabalhador.⁽⁴⁾ Concordam com essa idéia, Araújo et al. quando afirmam: “... a maioria das reações adversas das exigências psicológicas, tais como fadiga, ansiedade, depressão e doença física ocorrem quando a demanda do trabalho é alta e o grau de controle do trabalhador sobre o trabalho é baixo”.⁽⁶⁾

Além do processo de trabalho questões inerentes ao trabalho de enfermagem geram demandas particulares em relação à saúde do trabalhador que atua nessa área.

Em algumas situações em que não é possível ao profissional de enfermagem solucionar os problemas do paciente por causa condições do mesmo ou da falta de recursos disponíveis, ele pode desenvolver sentimentos negativos de decepção, frustração e agressividade para com ele mesmo, com os pacientes e colegas de equipe. Os turnos rotativos de trabalho contrários ao ritmo biológico do organismo, causam distúrbios do sono, da digestão e de adaptação, ritmo excessivo, trabalho intenso, aliado ao número excessivo de pacientes por profissional, com poucos enfermeiros, gerando neles uma sobrecarga de responsabilidade, uma vez que sua ação ultrapassa as atividades inerentes a sua formação. Essas cargas psíquicas provocam alterações fisiológicas e sociais favorecendo o aparecimento do alcoolismo, drogadição e depressão. Dessa forma a enfermagem está em contato permanente com o sofrimento, a dor, o desespero, a irritabilidade e demais reações que podem surgir nos pacientes quando da reação à situação em que se encontram.⁽¹²⁾

Tendo em vista a necessidade de construção de conhecimento em relação à saúde do trabalhador de enfermagem, o presente trabalho buscou caracterizar a população por sexo, tempo de trabalho na instituição, tempo de afastamento e local de trabalho, levantando também as causas de afastamento desses trabalhadores.

METODOLOGIA

Trata-se de uma investigação epidemiológica, referida como transversal ou estudo de prevalência, por meio de análise retrospectiva do período de 01/06/04 à 31/05/05.

Esta pesquisa foi realizada em um hospital público do interior de São Paulo de nível secundário, com capacidade para 196 leitos, que atende 950 internações por mês, a média de 1000 atendimentos por dia, entre pronto socorro infantil, adulto e ambulatório de especialidades. O contingente de profissionais é de 1698, dos quais 606 são profissionais de enfermagem.

A população estudada foi a totalidade de trabalhadores de enfermagem que se afastaram no período de realização desta pesquisa: 322 profissionais, entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os dados foram obtidos a partir do banco de dados do SESMT desse hospital, organizado no programa Excel/98, abrangendo informações referentes ao sexo, local de

trabalho, data de admissão no hospital, motivo de afastamento e início e término do afastamento.

Os dados foram então agrupados possibilitando a construção de tabelas para análise descritiva.

Vale ressaltar que a descrição dos motivos de afastamento levou em consideração a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados a Saúde (CID 10).

RESULTADOS

A tabela I mostra a distribuição dos trabalhadores de enfermagem, em relação aos afastamentos por cargo, sendo que dos 322 trabalhadores afastados, 87,9% (283) eram auxiliares de enfermagem, 5,6% (18) eram técnicos de enfermagem e 6,5% (21) eram enfermeiros.

Tabela I - Distribuição dos trabalhadores de enfermagem afastados em relação ao cargo. Campinas, 2005.

	Nº Afastados	%
Auxiliares de Enfermagem	283	87,9
Técnicos de Enfermagem	18	5,6
Enfermeiros	21	6,5
Total	322	100,0

Em relação à variável sexo, do total de trabalhadores afastados obteve-se que 19% eram do sexo masculino e 81% eram do sexo feminino, reafirmando a predominância do trabalho feminino na enfermagem.

Na tabela II foram relacionados o sexo e a função desempenhada pelos trabalhadores afastados, sendo que se pôde observar que, dos 283 auxiliares de enferma-

gem afastados, 229 (80,9%) são do sexo feminino e 54 (19,1%) são do sexo masculino. Quanto aos técnicos e enfermeiros a predominância dos afastados está também no sexo feminino, ficando claro que entre os trabalhadores do sexo feminino a categoria que mais se afasta, em proporção, são os enfermeiros, e do sexo masculino são os técnicos de enfermagem.

Tabela II - Número de trabalhadores afastados por cargo e sexo. Campinas, 2005.

Cargo	Nº	Sexo			
		Fem		Masc	
		N	%	N	%
Auxiliares de Enfermagem	283	229	80,9	54	19,1
Técnicos de Enfermagem	18	12	66,7	6	33,3
Enfermeiros	21	20	95,2	1	4,8
Total	322	261	81,0	61	19,0

Analisando a tabela III, verificou-se que dos 322 trabalhadores que se afastaram, resultaram 858 afastamentos tendo como média 2,7 afastamentos por funcionário

afastado. Pode-se também observar que a média de afastamentos é maior entre os auxiliares de enfermagem.

Tabela III - Média dos afastamentos por trabalhadores afastados e cargo. Campinas, 2005.

Cargo	Nº de funcionários		Média de Afastamentos
	Afastados	Afastamentos	
Auxiliares de Enfermagem	283	781	2,8
Técnicos de Enfermagem	18	33	1,8
Enfermeiros	21	44	2,2
Total	322	858	2,7

A tabela IV demonstra que os 858 afastamentos geraram um montante de 26.220 dias de ausência ao trabalho, ou seja, cada afastamento durou em média 30,5 dias. Pode-se visualizar a distribuição entre as categorias, sen-

do que, os auxiliares são os que têm afastamentos mais prolongados com média de 31,8 dias por afastamento, seguidos dos enfermeiros com 20,1 dias, enquanto os técnicos 13 dias por afastamento.

Tabela IV - Distribuição dos profissionais afastados por dias de afastamento e cargo. Campinas, 2005.

Cargo	Afastamento	Nº de Afastamento	Média
Auxiliares de Enfermagem	781	24880	31,8
Técnicos de Enfermagem	33	452	13
Enfermeiros	44	888	20,1
Total	858	26220	30,5

Na Tabela V fica evidenciado que a causa prevalente de afastamento entre os técnicos e enfermeiros são os transtornos mentais e comportamentais; para os auxiliares, em primeiro lugar, são as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo seguidas dos transtornos mentais e comportamentais. Em segundo lugar, para os técnicos

estão as lesões, envenenamentos e algumas consequências de causas externas; para os enfermeiros, as doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo; em terceiro lugar para todas as categorias estão as doenças do aparelho respiratório. Para a composição da Tabela V, utilizou-se a Classificação Internacional de Doenças (CID).

Tabela V - Número de afastamentos por, CID e cargo. Campinas, 2005.

CID	Auxiliares	Técnicos	Enfermeiros	Total
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	163	1	9	173
Transtornos Mentais e Comportamentais	132	5	14	151
Doenças do Aparelho Respiratório	61	3	5	69
Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com o serviço de saúde	56	2	3	61
Doenças do Aparelho Circulatório	55		1	56
“Lesões, Envenenamento e Algumas Consequências de Causas Externas”	39	4		43
Total	506	15	32	553

Na tabela VI verificou-se que os setores que mais ocasionaram afastamento em todas as categorias são: em primeiro lugar, pronto-socorro(PS) adulto; em se-

gundo lugar, UTI adulto e por último Centro Cirúrgico para os auxiliares de enfermagem e Ala E para os enfermeiros e técnicos.

Tabela VI - Número de afastamentos por Setor e Cargo. Campinas, 2005.

Setor	Auxiliares	Técnicos	Enfermeiros	Total
PS adulto	43	4	6	53
UTI adulto	35	4	3	42
Centro cirúrgico	26	1	2	29
Ala e	23	2	2	27
Ala b	18			18
Total	145	11	13	169

Na tabela VII, nota-se que os funcionários técnicos e enfermeiros que têm de um a cinco anos de serviço se afastaram mais do que os que têm maior tempo de servi-

ço. O índice em relação aos auxiliares muda, pois os que mais se afastaram têm de seis a dez anos de serviço.

Tabela VII - Número de trabalhadores afastados do trabalho por tempo de serviço. Campinas, 2005.

Tempo de serviço (em anos)	Cargo			Total
	Enfermeiro	Técnico	Auxiliar	
1 a 5	10	10	86	106
6 a 10	7	1	158	166
11 a 15	3	5	28	36
16 ou mais	1	2	11	14
Total	21	18	283	322

DISCUSSÃO

A enfermagem tem como característica a mão-de-obra feminina, pois desde os primórdios os cuidados eram realizados pelas mulheres do lar e posteriormente pelas religiosas. Essa afirmação mostra-se atual e pode ser confirmada pelos dados da Tabela II, demonstrando a prevalência do sexo feminino. Também concordando com essa idéia, Chillida⁽¹³⁾ afirma que o trabalho da mulher está em toda atividade necessária socialmente como na educação dos filhos, na organização e administração do lar entre outros afazeres.

Do total de trabalhadores de enfermagem da instituição (606), 322 afastaram-se do trabalho no período de um ano, predominando também entre esses o sexo feminino, com maior incidência entre os auxiliares de enfermagem não só em número, mas também em proporção (Tabela II). Vale ressaltar a exigência predominantemente física que caracteriza o trabalho do auxiliar de enfermagem, bem como a realização de inúmeras atividades repetitivas.^(12,14)

Os diagnósticos médicos registrados, com maior incidência, foram as doenças osteomusculares, os transtornos mentais e comportamentais e doenças do aparelho respiratório.

Os resultados obtidos corroboram os estudos de Murofuse e Raffone, em relação as principais causas de afastamento entre os auxiliares de enfermagem, em que a incidência predominante de doenças osteomusculares, seguida dos transtornos mentais e comportamentais pode ser explicada pela sobrecarga física em suas tarefas e pelo contato constante com pessoas em estado de doença e sofrimento^(2,14,15). Em outro estudo, Parada relata que os trabalhadores de enfermagem são os mais afetados por lesões dorsais ocupacionais.⁽¹⁶⁾

Os resultados obtidos, neste estudo, em relação às causas de afastamento entre os enfermeiros e técnicos de enfermagem corroboram os de Chillida e Duran e podem ser explicados pelas características inerentes ao trabalho de enfermagem: organizado em turnos, alternando exigências físicas e mentais e grande desgaste ocorrido por constante contato com a doença e a mor-

te, por um processo de trabalho organizado sob a ótica taylorista e pela falta de resolutividade e autonomia em suas ações.^(13,17)

Segundo Araújo et al. o papel da enfermeira tem sido apontado como altamente estressante por serem responsáveis pela administração e gestão do pessoal de enfermagem. Muitas vezes assumem um papel de controladoras e responsáveis pela manutenção do poder disciplinar. Por outro lado, as enfermeiras deparam-se com conflitos advindos de duas lógicas de funcionamento distintas: a lógica da cura e a lógica do cuidado. Nesse contexto, a enfermagem, regida pela lógica do cuidado, mantém-se subordinada à lógica da cura, exercida pelos médicos. Sendo a enfermeira o elo entre o corpo médico e a equipe de enfermagem, fica responsável pelo segundo e subordinada ao primeiro, somando tensões, conflitos e atritos de ambos, o que justifica a incidência maior de transtorno mental entre as enfermeiras⁽⁶⁾.

Nesta pesquisa os setores que mais ocasionaram afastamentos foram PS adulto, UTI Adulto, e Centro Cirúrgico, pois têm em comum a grande demanda de urgência e emergência, além de serem setores fechados com procedimentos repetitivos, utilização de múltiplas habilidades, e sujeitos a poluição sonora.

Segundo Dejours e Mendes as características desses setores estão entre as causadoras de sofrimento mental.^(1,4)

CONCLUSÃO

No período estudado, observamos um total de 858 afastamentos, correspondentes a 322 trabalhadores de enfermagem do hospital em questão. Esse elevado índice de afastamento demonstra a necessidade da adoção de medidas de promoção à saúde dos trabalhadores desse serviço.

Vale ressaltar que o local de estudo é um hospital público caracterizado pela estabilidade empregatícia o que reduz a rotatividade e possibilita maior tempo de trabalho no hospital, gerando necessidade de medidas de manutenção e restauração da saúde dos trabalhadores.

As doenças de maior prevalência identificadas nessa população corroboram os achados contidos na literatura acerca da saúde dos trabalhadores de enfermagem; no entanto, é importante constatar o crescimento constante dos índices de transtornos mentais nessa população. É de extrema importância a produção de estudos randomizados que objetivem não só levantar as causas de adoecimento desses trabalhadores, mas acompanhem o processo saúde-doença de modo a propor medidas viáveis de promoção, manutenção e restauração da saúde desses trabalhadores.

REFERÊNCIAS

1. Mendes R, Dias EC. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo 1999; 25 (5): 341- 8.
2. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2005; 13 (2):255-61.
3. Oliveira BRG, Murofuse NT. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: Estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2001; 9 (1):109-15.
4. Dejours C. A Loucura do Trabalho. Estudo de Psicopatologia do Trabalho. 5ª ed. São Paulo: Oboré; 1992.
5. Anselm ML, Duarte GG, Angerami ELS. Sobrevida no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2001; 9 (4): 13-8.
6. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Rev.Saúde Pública* 2003; 37 (4):424-33.
7. Rocha LE, Rigotto RM, Buschinelli JTP. Isto é trabalho de gente?: vida, doenças e trabalho no Brasil. Petropolis (RJ): Vozes; 1994.
8. Echer IC et al. Estudo do absenteísmo como variável no planejamento de recursos humanos em enfermagem. *Rev.Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, 1999; 20 (2): 64-75.
9. Evangelista RA, Hortense P, Souza FAEF. Estimação de magnitude do estresse, pelos alunos de graduação, quanto ao cuidado de enfermagem. *Rev.Latino-Am. Enfermagem* 2004; 12 (6): 913-7.
10. Lautert L. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. *Rev.Gaúcha Enfermagem*, Porto Alegre, 1999; 20 (2): 50-64.
11. Reis RJ, Rocca PFL, Silveira AM, Bonilha IML, Giné NA, Martín M. Fatores relacionados ao absenteísmo por doença em profissionais de enfermagem. *Rev. Saúde Pública*, 2003; 37 (5):616-23.
12. Chillida MSP. Capacidade para o trabalho e trabalho noturno entre trabalhadores de enfermagem de um hospital universitário [Dissertação]. Campinas, São Paulo: Unicamp; 2003.
13. Chillida MSP, Cocco MIM. Saúde do trabalhador e terceirização: perfil dos trabalhadores do serviço de limpeza hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2004; 12 (2) 271-6.
14. Raffone AM, Hennington EA. Avaliação da capacidade funcional dos trabalhadores de enfermagem. *Rev.Saúde Pública*, 2005; 39 (4):669-76.
15. Murofuse NT, Marziale MHP. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2005 Maio; 13 (3):364-73.
16. Parada EO, Alexandre NMC, Benatti MCC. Lesões ocupacionais afetando a coluna vertebral em trabalhadores de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2002; 10 (1): 64-9.
17. Duran ECM, Cocco MIM. Capacidade para o trabalho entre trabalhadores de enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2004; 12 (1): 43-9.

Recebido em: 16/12/2005

Aprovado em: 16/02/2006

CUIDADORA DOMICILIAR: POR QUE CUIDO?

HOME CAREGIVER: WHY DO I DO IT?

CUIDADORA DOMICILIARIA: ¿POR QUÉ CUIDO?

Alda Martins Gonçalves¹
Roseni Rosângela de Sena²
Daniele Guimarães Dias³
Carla Mendes Queiróz⁴
Érika Dittz⁵
Karine Lara Vivas⁶
Elysângela Dittz Duarte⁷
Tatiana Coelho Lopes⁸

RESUMO

Estudo qualitativo que aborda o cuidado realizado no domicílio por cuidadoras residentes em Contagem/MG, de agosto 2003 a junho 2005. Caracteriza as cuidadoras domiciliares, identifica as mudanças na vida das cuidadoras decorrentes do ato de cuidar e os aspectos que facilitam ou dificultam a realização do cuidado. Realizaram-se visitas domiciliares para coleta de dados. Utilizou-se a análise de discurso para construir as categorias empíricas. As cuidadoras, na maioria, mulheres, residem com a pessoa cuidada e têm relação de parentesco. Concluiu-se que as cuidadoras executam o cuidado com dificuldades materiais, técnicas e emocionais, embora prevaleça o bom senso e a relação afetiva.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem; Cuidados Domiciliares de Saúde; Cuidadores

ABSTRACT

This is a qualitative study on home care by caregivers in Contagem, State of Minas Gerais, from August 2003, to June 2005. It describes the home caregivers, the changes in their lives resulting from the care and aspects that facilitate or hinder the care. Home visits were made in order to collect data. Discourse analysis was used to build empirical categories. The caregivers, most of whom were women, live with the person receiving the care and are related. We conclude that the caregivers provide care with material, technical and emotional difficulties, in spite of the good sense and affective bond.

Key words: Nursing Care; Home Nursing; Caregivers

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo que enfoca el cuidado domiciliario de cuidadoras de Contagem, Estado de Minas Gerais, Brasil, realizado entre agosto de 2003 y junio de 2005. Caracteriza a las cuidadoras domiciliarias, identifica las modificaciones en sus vidas resultantes del acto de cuidar y los aspectos que facilitan la realización del cuidado. Se efectuaron visitas domiciliarias para coleccionar datos y, para construir las categorías empíricas, se utilizó el análisis del discurso. Las cuidadoras, en su mayoría mujeres, viven con la persona que cuidan y tienen relación de parentesco. Se concluye que las cuidadoras llevan a cabo el cuidado con dificultades materiales, técnicas y emocionales, aunque prevalezca el sentido común y el vínculo afectivo.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Cuidados Domiciliarios de Salud; Cuidadores

¹ Enfermeira. Profa. Dra. Adjunta da Escola de Enfermagem da UFMG.

² Enfermeira. Profa. Dra. Adjunta aposentada da Escola de Enfermagem da UFMG, coordenadora do NUPEPE/ cota pesquisador/ CNPq e FAPEMIG.

³ Acadêmica do 7º período do curso de graduação de Enfermagem da UFMG. PIBIC/CNPq.

⁴ Acadêmica do 9º período do curso de graduação de Enfermagem da UFMG. PIBIC/CNPq.

⁵ Terapeuta Ocupacional, Especialista em Neuropsicologia pela FUMEC, Mestranda em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente - Faculdade de Medicina/UFMG.

⁶ Fonoaudióloga Clínica, Profa. da FCS e FCH /Universidade FUMEC.

⁷ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EE/UFMG, Doutoranda em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente - Faculdade de Medicina/UFMG.

⁸ Fisioterapeuta. Especialista em Ergonomia aplicada à Saúde do Trabalhador pela IEC/PUCMG, Mestre em Ciências da Saúde - Área de Concentração em Saúde da Criança e do Adolescente - Faculdade de Medicina/UFMG

Endereço para correspondência: Av. Alfredo Balena, 160. Escola de Enfermagem da UFMG, Sala 516. Santa Efigênia. BH/MG. E-mail: alda@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

Este trabalho faz parte da pesquisa “O cuidado domiciliar: trabalho do cuidador informal e profissional”, desenvolvida pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Ensino e Práticas de Enfermagem (NUPEPE), da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Entendendo a importância de conhecer como se desenvolve o cuidado domiciliar e os elementos que participam da sua construção, tais como, os sujeitos envolvidos, os valores e conhecimentos que sustentam as atividades de cuidado no domicílio, este estudo teve como objetivos: caracterizar os cuidadores domiciliares existentes no município de Contagem; compreender as relações que se estabelecem entre o cuidador e a pessoa cuidada; identificar as mudanças ocorridas no estilo de vida das cuidadoras, decorrentes do ato de exercerem o cuidado; identificar os aspectos que facilitaram ou dificultaram o trabalho dos cuidadores.

O cuidado domiciliar vem sendo abordado, principalmente, a partir da perspectiva da internação domiciliar adotada como uma estratégia de desospitalização, visando à humanização do cuidado e à redução de custos e de riscos com internações hospitalares prolongadas.

Nesta pesquisa, voltou-se a atenção para o cuidador domiciliar partindo da hipótese de que esse ator social presta um relevante serviço à família, à sociedade e ao Sistema Único de Saúde (SUS) ao assumir parcela considerável da responsabilidade pela assistência a pessoas com diferentes níveis de incapacidade para o autocuidado. O trabalho das cuidadoras domiciliares não é conhecido pelos serviços de saúde, não tem visibilidade nem reconhecimento social pelo SUS e, muitas vezes, nem pelas próprias famílias.

O domicílio voltou a ser o *locus* privilegiado para o cuidado não institucionalizado. Dessa forma a família e, especialmente, a pessoa que assume o papel de cuidador principal tornaram-se sujeito desta pesquisa, pois são elemento fundamental no processo saúde-doença-cuidado dos indivíduos dependentes e da população em geral.

CUIDADORAS DOMICILIARES: REALIDADE E DESAFIOS

O aumento da expectativa de vida da população brasileira está ocorrendo com maior velocidade em relação a outros países que se encontram em estágio de desenvolvimento semelhante ao do Brasil. Nos últimos 50 anos houve um aumento expressivo da população com 60 anos ou mais e estima-se que nos próximos 50 anos a população idosa corresponderá a 23,6% da população total do País ⁽¹⁾.

Esta mudança do padrão demográfico da população brasileira traz como uma de suas conseqüências um aumento na prevalência dos problemas de saúde, característicos da população na faixa etária denominada idosa, tais como: doenças cardiovasculares, neoplasias, diabetes, doenças reumatológicas e alguns transtornos mentais ².

No Brasil, idoso é a pessoa maior de sessenta anos de idade ⁽³⁾. Contudo as respostas do sistema de saúde e de outras políticas sociais que visam à saúde e ao bem-estar social deste grupo são insuficientes, diante de suas mudanças demográficas e dos perfis de saúde dessa po-

pulação. Essa constatação acentua o desafio de se buscarem novas estratégias assistenciais que atendam às necessidades de saúde da população em geral e, especialmente, das pessoas acima de 60 anos.

Segundo Karch ⁽⁴⁾, o Sistema de Saúde Pública no Brasil não está preparado para atender à população idosa que adoece, nem à família que assume o cuidado dessas pessoas no domicílio.

Se por um lado o hospital tradicional, *locus* do cuidado às pessoas acometidas por enfermidades em fase aguda, ao longo dos anos tem sido um equipamento social incapaz de responder às necessidades de cuidado às pessoas idosas com doenças crônico-degenerativas, por outro lado, a organização política, gerencial e tecnológica para a prestação de cuidado no domicílio, ainda não se concretizou. Tal organização exige a definição de políticas assistenciais que envolvem custo-benefício, disponibilidade do uso de tecnologias e de capacitação de cuidadores.

No universo dos cuidadores domiciliares distingue-se o cuidador informal e o cuidador formal. García-Calvente, Mateo-Rodríguez e Maroto-Navarro ⁽⁵⁾ acrescentam que os cuidadores domiciliares são familiares, amigos, vizinhos e que, em geral, compõem uma rede social próxima da pessoa cuidada sem receberem nenhuma retribuição econômica pela ajuda oferecida. Barer e Johnson ⁽⁶⁾ definem como cuidador principal aquele que tem a total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados à pessoa cuidada. Segundo Novaie-Waliser *et al.* ⁽⁷⁾ o cuidador informal, independentemente do sexo, geralmente é um membro do grupo familiar residente no local em que o cuidado é prestado, realiza este cuidado por período superior a um ano e recebe pouco suporte dos profissionais de saúde. Duarte ⁽²⁾ classifica como cuidador informal o membro da família que não tem, necessariamente, uma formação específica e se responsabiliza pelas ações relativas às demandas de cuidado requeridas por uma pessoa. O mesmo autor considera como cuidador formal a pessoa com formação específica na área da saúde, que exerce ações de cuidado no domicílio com vínculo empregatício ou alguma forma de remuneração.

Assim, pode-se antever que é necessário construir modelos inovadores de cuidado e oferecer suporte ao cuidador informal, figura central e fundamental no cuidado domiciliar ⁽⁸⁾.

García-Calvente, Mateo-Rodríguez e Maroto-Navarro ⁽⁵⁾ acreditam que o aumento na demanda de cuidado de idosos tem gerado o interesse em estudos dirigidos a conhecer os saberes e fazeres das cuidadoras informais.

Estudos têm demonstrado que o perfil típico do cuidador principal são mulheres, donas-de-casa, que têm alguma relação de parentesco direta, geralmente mãe, filha ou esposa, e que convivem diretamente com a pessoa cuidada. Decorrente disso, gênero, convivência e parentesco são variáveis determinantes na escolha do cuidador principal para assistência domiciliar ^(5,7).

Deve-se atentar que, mesmo reconhecendo o aumento da expectativa de vida e alterações no perfil de morbidade dos idosos que exigem o cuidado domiciliar, há também crianças, adolescentes e adultos jovens que, cada vez mais, necessitam de cuidados no domicílio. No

que se refere a esses últimos, são, na sua maioria, portadores de paralisia cerebral, doenças degenerativas, congênitas, neoplasias e enfermidades genéticas, que hoje sobrevivem em decorrência, principalmente, dos avanços tecnológicos da medicina.

Cannuscio *et al.*⁽⁹⁾ e Novaie-Waliser *et al.*⁽⁷⁾ relatam que cuidar de pessoas dependentes pode acarretar uma variedade de repercussões negativas para as cuidadoras. Os autores reconhecem o impacto emocional vivenciado por elas e apontam a existência de uma estreita relação entre o tempo destinado ao cuidado, a presença de sintomas depressivos e a participação em atividades sociais. Assim, quanto maior o tempo despendido com o cuidado, maior parecem ser os riscos de a cuidadora apresentar sintomas depressivos e menor será seu envolvimento em atividades sociais.

METODOLOGIA

Esta pesquisa foi desenvolvida no período de agosto de 2003 a junho de 2005 por um grupo de pesquisadores e bolsistas de iniciação científica, com a cooperação da coordenação do Programa Saúde da Família (PSF) e das Equipes de Saúde da Família (ESF) do município de Contagem/MG.

Para a compreensão do cuidado domiciliar, fenômeno impregnado de subjetividade sobre o qual pouco se conhece, optou-se por uma pesquisa qualitativa do tipo descritivo. Foram adotadas as concepções teórico-filosóficas baseadas no materialismo histórico-dialético, buscando compreender a realidade em sua dinamicidade suas contradições e seu potencial de transformação.

A pesquisa: “O cuidado domiciliar: o trabalho do cuidador profissional e informal”, cujos dados originaram esse trabalho, tem como cenário o município de Contagem, situado na região metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais. Optou-se por realizar a pesquisa nesse município, em decorrência de sua alta concentração populacional, e pelo fato de haver uma cobertura do PSF com 74 ESF implantadas em 2002. Contagem tem 6,23% de sua população na faixa etária acima de 60 anos de idade, segundo o censo 2000¹⁰, fator que aumenta a demanda por cuidado no domicílio. Além disso, a Secretaria Municipal de Saúde do município tem o cadastro de todas as pessoas dependentes que vivem nos seus domicílios sendo cuidadas por alguém.

A identificação das cuidadoras informais ou formais deu-se a partir do cadastro das pessoas cuidadas no domicílio. Para selecioná-las, utilizou-se o índice de KATZ⁽¹¹⁾ – empregado para avaliar a autonomia das pessoas cuidadas ao realizar as atividades diárias. Foram incluídas no estudo pessoas que apresentavam grau de dependência igual ou superior ao nível C^a e aquelas identificadas pelas enfermeiras das ESF como tendo dificuldades em decorrência das peculiaridades do cuidado domiciliar. Com base nesses critérios, a partir da identificação das 309 pessoas

cuidadas no domicílio, chegou-se a 32 cuidadoras que foram incluídas na pesquisa.

Essas cuidadoras expressaram seu consentimento em participar do estudo e, de acordo com o protocolo da pesquisa, aprovado pelo Conselho de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais, receberam as pesquisadoras em três visitas domiciliares. Foram utilizados como instrumentos da pesquisa: Diário da Cuidadora, Diário da Enfermeira e Diário das Pesquisadoras.

Na primeira visita foi realizada uma entrevista com roteiro semi-estruturado, que foi gravada em fita cassete, tendo sido entregue na ocasião à cuidadora domiciliar o Diário da Cuidadora. Foi-lhe dada a orientação para registrar os cuidados prestados diariamente, bem como as dificuldades, facilidades, sentimentos e emoções ao realizá-los.

A segunda visita, realizada quinze dias após a primeira, teve como objetivo esclarecer possíveis dúvidas acerca da pesquisa e incentivar a utilização do Diário da Cuidadora e, também, contribuiu para que as pesquisadoras apreendessem a realidade em que aquelas cuidadoras domiciliares estavam inseridas. A última visita foi realizada 60 dias após a primeira, quando foi solicitado à cuidadora que expressasse seus sentimentos quanto à sua participação na pesquisa e que apresentasse as dúvidas que não foram esclarecidas durante as visitas anteriores. Nessa oportunidade as pesquisadoras receberam os Diários das Cuidadoras.

No Diário da Enfermeira, os profissionais da equipe relataram as visitas realizadas no domicílio das pessoas cuidadas inseridas na pesquisa; no Diário das Pesquisadoras foram feitas anotações sobre o contexto, às observações e percepções ocorridas durante as visitas domiciliares.

As entrevistas gravadas foram posteriormente transcritas e analisadas por meio da técnica de análise proposta por Fiorin⁽¹²⁾, na qual, após leituras exaustivas das entrevistas, foram identificados os temas^b e figuras^c. Posteriormente as frases foram agrupadas por similitude dos temas.

DADOS DA PESQUISA: RELATO E ANÁLISE

Reafirmando os objetivos desta pesquisa - conhecer as cuidadoras, compreender as relações estabelecidas por elas com as pessoas cuidadas, identificar as mudanças no seu estilo de vida ao assumirem o cuidado e os aspectos facilitadores e dificultadores do cuidado - apresentam-se, a seguir, a caracterização das cuidadoras e as categorias que emergiram de seus discursos: “ser cuidadora”, “por que cuido” e “aprendendo a cuidar no domicílio”.

Caracterização das cuidadoras

Foram entrevistadas 32 pessoas que prestam cuidado no domicílio. Dessas, 26 são do sexo feminino e seis são do sexo masculino. Dada a predominância do sexo feminino nessa pesquisa, foi adotado o termo cuidadora ao se referir aos sujeitos da pesquisa.

^a Nível C do Índice de Kartz - Dependente para banhar-se e em mais uma outra função (vestir-se, uso do banheiro, movimentação, continência ou alimentação).

^b “Tema é definido como o elemento semântico que designa um elemento não-presente no mundo natural, mas que exerce o papel de categoria ordenadora dos fatos observáveis” (FIORIN, 1993, p.80)

^c Figura é um elemento do plano discursivo que remete a um dado elemento do mundo material, criando, assim, no discurso, uma ilusão referencial, ou seja, uma simulação do mundo natural.” (FIORIN, 1993, p.80)

A idade das cuidadoras variou de 31 a 79 anos. Identificaram-se cuidadoras solteiras, casadas, desquitadas e uma divorciada. Uma é analfabeta, 19 têm ensino fundamental incompleto, duas têm ensino fundamental completo, seis completaram o ensino médio e quatro não declararam seu grau de escolaridade. Os dados referentes à ocupação atual revelam a predominância de cuidadoras que trabalham como auxiliar de serviços gerais e do lar. Com relação à renda familiar, esta varia de um a 19 salários mínimos, sendo que três entrevistadas desconhecem este dado. Entre as cuidadoras domiciliares, cinco são remuneradas e não moram com a pessoa da qual cuidam; sete possuem suas casas no mesmo lote que a pessoa cuidada; e 20 residem com a pessoa que recebe os cuidados. Constatou-se que 19 cuidadoras têm relação de parentesco consanguíneo com a pessoa cuidada, sete não têm parentesco consanguíneo, cinco não têm nenhuma relação de parentesco e uma é autocuidadora. Quanto à classificação cuidadora formal e informal, nesta pesquisa considera-se que todas são cuidadoras informais, pois nenhuma delas tem formação na área de saúde.

Ser cuidadora

As cuidadoras revelaram sentimentos relacionados à sua condição, predominando o contentamento, a satisfação, o sentimento de utilidade e gratidão por cuidar de alguém.

Esse achado corrobora a afirmação de Sena *et al.*⁽¹³⁾ de que muitos cuidadores realizam o cuidado com um imenso prazer e sentem satisfação com a melhora e a recuperação da pessoa cuidada. Conforme as autoras, as cuidadoras reconhecem a importância das suas ações e percebem que o cuidar propicia crescimento pessoal.

Entretanto, alguns depoimentos demonstraram momentos de depressão e estresse na sua relação com o ato de cuidar:

De vez em quando me dá uma depressão, me dá umas coisas. (36R7C3)

Gonçalves *et al.*⁽¹⁴⁾ analisam que o processo de cuidar no domicílio pode resultar em exaustão física e mental, e deterioração da saúde da cuidadora. Medeiros *et al.*⁽¹⁵⁾ afirmam que “ansiedade e depressão são as síndromes clínicas mais frequentemente encontradas entre os cuidadores”.

Porque cuido

Ao falarem sobre os motivos que as levaram a cuidar de outra pessoa, as cuidadoras citaram o vínculo de parentesco com a pessoa cuidada; também foram citados: relação de afeto, valores religiosos, falta de outra pessoa para assumir o cuidado e vínculo empregatício.

Um dos fatores determinantes é o parentesco com a pessoa cuidada, evidenciado nos discursos como o motivo pelo qual essas pessoas assumiram a responsabilidade do cuidado. Em alguns casos, as cuidadoras perceberam as reais necessidades do parente enfermo, devido à proximidade física e afetiva, por isso assumiram todo o ato de cuidar como uma obrigação. Mesmo que cuidar sozinha de alguém seja uma carga muito pesada, as cuidadoras

acabam fazendo-o por se considerarem as mais aptas para realizá-lo entre os integrantes da família ou por não terem com quem dividir a tarefa:

Sou cuidadora porque primeiro ele é meu pai. Eu acho que ele merece tudo. Ele é meu pai, supercarinhoso, então...(17R2C2)

Mendes⁽¹⁶⁾ aponta os seguintes fatores como determinantes para que uma pessoa assuma o cuidado de outra: parentesco, com frequência maior para os cônjuges; gênero, com predominância para a mulher; proximidade afetiva, destacando a relação conjugal e entre pais e filhos. Isso corrobora os dados encontrados nesta pesquisa, pois cerca de 62,5% das cuidadoras são parentes consanguíneas, 21,9% são parentes não consanguíneas e apenas 15,6% não têm parentesco algum.

Outro aspecto abordado foi o vínculo afetivo, citado pelas cuidadoras para justificar o ato de cuidar. Durante as visitas domiciliares, as pesquisadoras puderam testemunhar pelos gestos de carinho, pela forma cuidadosa e pela dedicação e interesse como prestam os cuidados, muitas vezes em condições precárias, até mesmo adversas:

Eu cuido porque eu tenho carinho, tenho amor por ele. (16 R3C2)

Os vínculos afetivos existentes entre as cuidadoras e as pessoas cuidadas são fatores determinantes e, ao mesmo tempo, facilitadores do processo de cuidar.

A religiosidade, muitas vezes, motiva a caridade e o amor ao próximo. Nos discursos, as cuidadoras relataram cuidar motivadas por uma determinação divina:

Eu acho que isso faz parte da vida da gente. A gente tá no mundo, a gente tem que tá disposto a enfrentar o que Deus manda pra gente. (22R6C1)

Eu acho que foi Deus que falou: faça isso. (10R3C1)

De acordo com Cortez⁽¹⁷⁾, a religião influencia fortemente a prática do cuidado, justificando inteiramente as ações das cuidadoras. Independentemente da religião, essas cuidadoras acreditam em um Deus e apóiam-se nele como auxílio nas suas vidas a fim de suportarem as dificuldades advindas da responsabilidade de serem cuidadoras.

Para algumas cuidadoras, esse papel não foi por opção, mas pela falta de outra pessoa para assumi-lo. Algumas cuidadoras assumiram o cuidado por se sentirem responsáveis por essa tarefa.

Para Rolim & Silva⁽¹⁸⁾, alguém da família acaba assumindo o cuidado por “conjuntura” quando os familiares se encontram numa situação limite e não há outra opção. Tanto nas entrevistas, quanto nos registros dos diários das cuidadoras pode-se apreender que o cuidado no domicílio muitas vezes é solitário. Muitas cuidadoras assumiram-no por não terem outra possibilidade e/ou recursos financeiros para contratar um cuidador formal.

O discurso das cuidadoras permite inferir que, muitas vezes, elas assumem o papel de cuidadora pela relação existente entre o cuidador e a pessoa cuidada, mesmo sentindo-se despreparadas. Assumir o cuidado cons-

titui-se em uma forma de retribuir o amor e o carinho existente nesta relação:

Eu cuido porque não tem quem faz, assim tem que ser eu. Sou enfermeiro sem ser. (11R5C1)

Das 32 cuidadoras, apenas quatro são cuidadoras remuneradas, ou seja, contratadas para essa função. Ao se referirem sobre o motivo pelo qual cuidavam, as cuidadoras expressaram a necessidade de conseguir alguma renda:

Cuido porque na verdade eu preciso trabalhar também. Achei um serviço e foi ótimo para mim. Na verdade, além deles precisarem de uma pessoa pra cuidar dele, eu também preciso de trabalho. Ai eu acho muito importante. (22R3C3)

Eu cuido dela porque é o meu trabalho, para eu sobreviver. (10R5C2)

Essas mulheres são também responsáveis pelos afazeres domésticos. Além de arrumar a casa, lavar as roupas da família e preparar a alimentação, elas tiveram que assumir o papel de cuidadora: banho, administração de dieta e medicação.

Eu tava precisando de um emprego. Vim para cá tem 26 anos e to morando com ela. (8R2C4)

Esses discursos revelaram que o cuidado faz parte das atividades domésticas, assumido por mulheres, que mesmo sem vínculo de parentesco ou capacitação específica se dedicaram a cuidar de alguém. Durante as visitas domiciliares as pesquisadoras, puderam observar que também as cuidadoras remuneradas expressaram afetividade e interesse em proporcionar bem-estar às pessoas por quem se responsabilizavam.

Aprendendo a cuidar no domicílio

O processo de aprendizagem do ato de pensar, fazer e ser no cuidado domiciliar vivenciado pelas cuidadoras é contínuo e adaptativo. Observa-se que há um aperfeiçoamento desse cuidado e o desenvolvimento de estratégias, pelas cuidadoras, que possibilitam e facilitam a realização das atividades de cuidar.

As expressões apreendidas revelaram que o processo de cuidar não constitui apenas um momento na vida das cuidadoras, mas é um contínuo que engloba e exerce influência na vida social e emocional de cada uma delas.

As cuidadoras têm no ato de cuidar e na relação estabelecida com a pessoa cuidada uma fonte de aprendizagem para o seu fazer cotidiano. Elas percebem o outro como uma pessoa com necessidades, (re)significam essas necessidades a partir desse outro e então criam situações originais para atendê-las:

Acho que foi a experiência de ter uma criança como essa, que eu também não tinha, adquiri com ele, que eu nunca podia imaginar que eu ia ter uma criança assim, doente. E acho que é experiência mesmo. Vivendo, convivendo e aprendendo. Cada dia eu aprendo uma coisa nova com ele. (21R3C2)

A aprendizagem das atividades de cuidado ocorrem também nos serviços de saúde, com o apoio dos profissionais:

A insulina eu fui no Posto, o pessoal me ensinou, porque não é nada difícil porque a agulha já vem marcada. (5R10C1)

Lá no Hospital, explica muito como que pode tratar eles, aí cada vez que a gente vai eles ensina uma coisa nova, porque ela não pode comer a comida inteira, tudo tem que ser batido. (5R10C1)

Outras cuidadoras aprenderam a cuidar sozinhas. A necessidade de cuidar, devido à ausência de outra pessoa que pudesse exercer essa atividade, apareceu como um fator determinante no processo de aprendizagem das cuidadoras:

Foi na marra. Eu via um sanguinho assim ficava doida, desmaiava. Eu aprendi porque não tinha outra pessoa mesmo, aí eu aprendi. Como se diz não foi nem por força de vontade, foi porque não tinha outra pessoa pra fazer mesmo, então a gente teve que aprender na marra. (12R7C3)

As equipes de saúde da família que colaboraram no estudo apontaram dificuldades e limites para o acompanhamento do cuidado no domicílio. São muitas as responsabilidades da equipe e não existe uma direcionalidade técnica para que o domicílio seja assumido pelas ESF como locus do cuidado.

Diante da necessidade de realizar o cuidado, as cuidadoras buscam estratégias para que ele se realize. Segundo Gonçalves ⁽¹⁹⁾:

...embora carentes de preparação para lidar com os doentes (...) as cuidadoras utilizam estratégias decorrentes do bom senso, de um saber aprendido no dia-a-dia, da sensibilidade e maturidade de cada cuidadora. Há que se considerar também a necessidade de uma infra-estrutura material mínima que assegura as condições de cuidar.

Observamos no discurso a seguir que as cuidadoras estabelecem estratégias para facilitar a realização do cuidado no domicílio. Sendo assim, atividades que inicialmente seriam consideradas rotineiras como o banho, tornam-se complexas de acordo com a estrutura física da moradia e as condições de saúde da pessoa cuidada, demandando a busca de inúmeras alternativas para que elas aconteçam:

Eu levo ela no banheiro, por exemplo assim, antigamente eu colocava ela dentro de uma bacia, mas como ela cresceu não tem como eu dar banho nela nem de banheira nem de bacia. Aí quê que eu faço: eu forro um, um tapete, um plástico por baixo, para não pôr ela naquele chão do banheiro, porque no piso do banheiro eu forro um plástico e ponho um tapete por cima, e deito ela e dou o banho. Mesmo assim, ainda tem dificuldade pra tomar o banho, principalmente pra lavar a cabecinha. (...) não tem condição de dar o banho nela numa bacia porque ela é muito grande. No caso não tem bacia que dá. (47R1C2)

Pode-se concluir que não há uma preparação prévia das cuidadoras para o cuidado no domicílio, nem condi-

ções materiais e de espaço físico, bem como equipamentos e móveis adequados para facilitar o cuidado. O desenvolvimento de estratégias atua como uma alternativa diante das dificuldades e dos limites vivenciados no pensar, fazer e ser cuidadora no domicílio.

As dificuldades encontradas pelas cuidadoras são diversas. No entanto elas não se deixam vencer pelas adversidades, encontrando no afeto, na coragem e no comprometimento, estímulo para criar estratégias que vão além das possibilidades imaginadas racionalmente para a realização do cuidado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados deste estudo demonstraram que as cuidadoras eram, em sua maioria, mulheres, sem vínculo empregatício, idade média de 46 anos, baixa escolaridade, casadas e com relação de parentesco com a pessoa cuidada. As cuidadoras entrevistadas revelaram suas dificuldades em associar o cuidado com outras responsabilidades familiares e de trabalho fora de casa, levando-as a algum grau de sofrimento e privações sociais e financeiras. O cuidado foi associado a questões religiosas, de cunho pessoal e afetivo.

A análise das categorias “ser cuidadora”, “por que cuido” e “aprendendo a cuidar no domicílio” contribuiu para o conhecimento sobre o cuidado no domicílio, trazendo à luz as condições concretas sobre a realização do cuidado. Espera-se, com isso, subsidiar a formulação de políticas públicas para uma assistência às pessoas dependentes, que vivem em seus domicílios, incluindo os seus cuidadores.

Nesta pesquisa, o conhecimento sobre as cuidadoras não só corroborou afirmações de outros autores como também revelou que as dimensões simbólicas e espirituais de valores não dimensionáveis como o amor, a compaixão, a sensibilidade, o compromisso e a cumplicidade humana das cuidadoras, embora não tenham preço no cuidado domiciliar realizado por cuidadoras informais, constitui uma atividade laborativa que pode ser comparada ao trabalho dos profissionais da saúde.

Nesse sentido, as cuidadoras devem ser vistas como necessárias para as famílias e para o SUS, portanto devem ser consideradas como trabalhadoras com direito a boas condições de trabalho, acompanhamento das ESF, suporte material e emocional.

REFERÊNCIAS

1. Scazufca M et al. Investigações epidemiológicas sobre demência nos países em desenvolvimento. *Rev. Saúde Pública* 2002; 36(6): 773-8.
2. Duarte YAO. Cuidadores de idosos: uma questão a ser analisada. *O Mundo da Saúde* 1997; 21 (4): 226-30.
3. Brasil. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. Política Nacional do idoso. Brasília, 1998. (lei n° 8.842, de 4 de janeiro de 1994, art. 2°).
4. Karsch UM, Organizador. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC, 1998.
5. García-Calvete MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. *Gac Sanit* 2004; 18 (12) :83-92.
6. Barer B, Johnson C. A Critique of Caregiving Literature. *The Gerontologist* 1990; 30(1): 45-9.
7. Navaie-Waliser M, Spiggs A, Feldman PH. Informal Caregiving - Differential Experiences by Gender. *Medical Care* 2004; 40(12): 1249-59.
8. Senna RR et al. Cuidado de enfermagem no domicílio: a internação domiciliar. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais; 2002. Relatório técnico preliminar.
9. Cannuscio CC et al. Employment status, social ties, and caregiver's mental health. *Social Science & Medicine* 2004; 58: 1247-56.
10. Censo 2000 vigente 2001. [Citado em: 29 jul. 2005] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.
11. Katz S et al. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*. 1970; 10: 20-30.
12. Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 3ª.ed. São Paulo: Ática; 1993.
13. Sena RR et al. O ser-cuidador na internação domiciliar em Betim/ MG. *Rev. Bras. Enf.* 2000; 53 (4): 544-54.
14. Gonçalves LH, Silva YF, Pfeiffer S. O cuidado do idoso fragilizado e de seus cuidadores no contexto familiar. *Cogitare Enfermagem* 1996; 1(2): 39-47.
15. Medeiros MMC et al. Adaptação ao contexto cultural brasileiro e validação do “Caregiver Burden Scale”. *Rev. Bras. Reumatol.* 1998; 38(4): 193-9.
16. Mendes PTT. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano [Dissertação]. São Paulo, São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
17. Cortez MSM. A Dependência do paciente portador de traumatismo craniocéfálico por acidente automobilístico: um desafio para a família [dissertação]. Belo Horizonte, Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais; 2003.
18. Rolim CBA, Silva MGA. O papel do enfermeiro e do cuidador na descontinuação do processo de internação. PRONEP. 2002 [Citado em: 25 fev. 2005]. Disponível em: <http://www.pronep.com.br>.
19. Gonçalves AM. A mulher que cuida do doente mental em família [dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1999.

Recebido em: 21/11/2005

Aprovado em: 14/02/2006

CUIDAR NO DOMICÍLIO: PERCEPÇÃO DE CUIDADORES FAMILIARES DA ÁREA RURAL¹

HOME CARE: THE POINT OF VIEW OF THE FAMILY CAREGIVER IN A RURAL AREA

CUIDAR EN EL DOMICILIO: PERCEPCIÓN DE CUIDADORES FAMILIARES DEL ÁREA RURAL

Francieli Marzari²
Nara Marilene O. Girardon-Perlini³

RESUMO

Por meio da abordagem qualitativa-descritiva buscou-se apreender as percepções dos cuidadores familiares de pessoas dependentes no domicílio residentes na área rural do município de Ijuí/RS. Participaram oito cuidadores que responderam a uma entrevista semi-estruturada. Na análise dos dados construímos uma categoria analítica: *Vivendo como cuidador familiar: percepção de cuidadores familiares residentes na área rural*, que discute o cotidiano do cuidador familiar, os laços que unem cuidador e doente, o ônus de ser cuidador, as dificuldades financeiras e a busca de ajuda para cuidar. Concluímos que os cuidadores percebem o cuidado como relacionado ao dever, à reclusão e ao confronto com as dificuldades. **Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem; Cuidados Domiciliares de Saúde; Percepção; Enfermeiros; Cuidadores; Serviços de Assistência Domiciliar; Pacientes Domiciliares.

ABSTRACT

This study is a qualitative-descriptive approach attempting to understand the point of view of family caregivers of dependent persons in the town of Ijuí, State of Rio Grande do Sul, Brazil. Eight caregivers took part in a semi-structured interview. Analyzing the data we built an analytical category: *living as a family caregiver: the point of view of family caregivers in rural areas*. Discussing the daily routine of family care, the bonds that link caregiver and patient, the onus of being a caregiver, the financial difficulties and seeking help to provide care. We concluded that family caregivers see care as related to duty, reclusion and facing difficulties.

Key words: Nursing Care; Home Nursing; Perception; Nurses Caregivers; Home Care Services; Homebound Person.

RESUMEN

A partir del enfoque cualitativo-descriptivo se ha buscado captar las percepciones de los cuidadores familiares de personas dependientes en el domicilio, en el área rural del municipio de Ijuí/Rio Grande do Sul. Ocho cuidadores han participado de una entrevista semiestructurada. En el análisis de los datos hemos construido una categoría analítica: *Vivir como cuidador familiar: percepción de cuidadores familiares residentes en el área rural*, que se refiere al día a día del cuidador familiar, los vínculos que unen cuidador - enfermo, los problemas financieros y la búsqueda de ayuda para cuidar. Hemos concluido que los cuidadores sienten que el cuidado está relacionado al deber, a la reclusión y a la resolución de problemas.

Palabras clave: Atención de Enfermería; Cuidados Domiciliares de Salud; Percepción; Enfermeras; Cuidadores; Servicios de Atención de Salud a Domicilio; Persona Imposibilitada.

¹ Artigo elaborado a partir do trabalho de conclusão do curso de graduação em enfermagem apresentado à Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI em 2004.

² Enfermeira. Hospital da UNIMED. Ijuí/RS

³ Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela EEUSP. Docente do Departamento de Ciências da Saúde da UNIJUI.

Endereço para correspondência: Rua José Gabriel, 359. Centro. Ijuí/RS. CEP 98700-000. E-mail: nara.girardon@unijui.tche.br.

INTRODUÇÃO

O papel de cuidador familiar está cada vez mais presente na vida das famílias, pois hoje, no Brasil e em outros países, o modelo de saúde preconiza a desospitalização e a alta precoce, acarretando assim a necessidade de um prolongamento da terapêutica no domicílio. Para que haja continuidade dos cuidados e tratamento iniciados durante a internação no hospital, faz-se necessário que as famílias assumam este encargo. Aquele que assume a tarefa de cuidar terá uma nova função e, no decorrer das atividades, desenvolverá uma série de percepções sobre suas (novas) atribuições e em relação à pessoa que é alvo dos cuidados.

Percepção é um processo pelo qual se seleciona, organiza e interpreta as estimulações sensoriais dentro de uma visão de mundo significativa e coerente, enquanto as necessidades individuais, valores, crenças e autoconceito constituem fatores vitais para determinar como o indivíduo vê seu espaço de vida e arredores⁽¹⁾. Também pode ser definida como “ação, efeito ou faculdade de perceber, captar sentidos, notar”. São todos os efeitos gerados em torno de uma situação do cotidiano⁽²⁾, ou, em outras palavras, aqueles oriundos da função do cuidar/cuidado.

Prestar o cuidado não é tão fácil quanto parece. Para bem cuidar de um familiar, muitas vezes dependente, no seu domicílio, é necessário exercer várias atividades que até então não tinham sido realizadas, pois os indivíduos que assumem a função de cuidar não têm, em geral, qualificação para tal. Sendo assim, torna-se necessário que os profissionais da saúde percebam que estas pessoas necessitam de apoio e criem espaço que possibilite capacitação orientação básica para as pessoas cuidadoras.

O ato de cuidar não representa só a realização de tarefas, mas também um envolvimento mais amplo do familiar, que inclui conhecimento mínimo sobre as condições da patologia e sobre o que muda para ambos em decorrência do adoecimento. Estes conhecimentos e esta aprendizagem não se dão de um dia para o outro, eles se constroem aos poucos e com mais facilidade se puder contar com a ajuda dos profissionais, em especial mediante o acompanhamento às famílias.

Para formular um plano de ação adequado a cada cuidador é importante saber como a família se constitui, seus aspectos culturais, socioeconômicos, religiosos, beneficiando, por consequência, o indivíduo dependente no domicílio. A dependência acontece quando as pessoas apresentam problemas de ordem funcional ou psicológica, que não lhes permite viver satisfatoriamente, necessitando da ajuda de outras pessoas ou equipamentos para realizar tarefas de autocuidados ou de atividades da vida diária^(3,4).

Dependência não significa uma condição para a vida inteira, pois em certas situações o indivíduo fica dependente somente por alguns períodos, voltando às atividades normais assim que o organismo se reconstituir. Este é um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados⁽⁵⁾.

O cuidado domiciliar é realizado, geralmente, por pessoas próximas ao doente como mãe, esposo, esposa,

filha, nora, predominando o cuidador feminino^(3,6,7). A expressão cuidador familiar designa aquela pessoa que desempenha funções contínuas de cuidado e atenção a ele, ou assume as responsabilidades pela assistência e amparo, podendo delegar a execução de parte do cuidado direto a outros.

Em relação à família rural, especificamente, Budó⁽⁶⁾ desenvolveu um estudo que visava a analisar as práticas de cuidado em saúde adotadas numa comunidade rural e conhecer as formas de cuidar nas famílias, concluindo que a visão de saúde e a forma de encarar a vida da população estudada está vinculada à capacidade de trabalho. A saúde liga-se ao fato de as pessoas cumprirem com o dever e a doença passa a ter o sentido de incapacitante e “incômodo” para a família. Outro fator importante é a reciprocidade e a troca como expressão de reconhecimento e valoração: dificilmente alguém recebe algo de presente sem retribuir. Nisso está incluída a troca de cuidados familiares, o cuidar nestas famílias não se torna um peso maior porque fica diluído entre os cuidadores familiares e da vizinhança, havendo uma preocupação de se colocar à disposição.

Em relação à zona rural convém salientar que as distâncias que separam os moradores de um centro de saúde ou hospital são maiores do que na cidade, e somente uma pequena parcela da população procura esses serviços⁽⁸⁾. A nosso ver esta característica torna o cotidiano do cuidador familiar de uma pessoa doente e/ou dependente distinto do dia-a-dia de um cuidador urbano, pois estando distante da cidade e, conseqüentemente, dos serviços de saúde, enfrenta mais dificuldade no acesso às informações, orientações e à assistência propriamente dita.

O conhecimento desta situação, por parte da equipe de enfermagem é necessário para prestar uma assistência mais completa, não só ao indivíduo que necessita de cuidados, mas também ao familiar cuidador, oferecendo suporte e orientações adequadas à família, com base na realidade vivenciada pelo grupo familiar. Convém destacar, também, que estudos enfocando a população rural são muito importantes, pois embora esta se constitua em uma parcela bem menor do que a dos residentes na área urbana, apresenta aspectos culturais, valores, crenças, costumes e percepções que precisam estar presentes no fazer dos profissionais que com eles interagem.

Assim, procuramos desenvolver este estudo abordando o seguinte problema: *qual a percepção do cuidador familiar, da área rural, sobre o cuidado prestado ao familiar dependente no domicílio?* Como **objetivo** buscamos apreender as percepções do cuidador familiar, da área rural, sobre o cuidado prestado ao familiar dependente no domicílio.

DESCREVENDO O CAMINHO METODOLÓGICO

Para a construção desta investigação, na forma de uma pesquisa de campo, utilizou-se a metodologia de abordagem qualitativa do tipo descritiva e exploratória^(9,10).

O estudo foi realizado na área rural do município de Ijuí/RS. Este município situa-se no Noroeste do Estado, possuindo uma população total de 78.461 habitantes. Residem na área urbana 66.733 habitantes e na área rural

11.728 habitantes. A população rural está distribuída em 8 distritos, com o mais distante do meio urbano, localizada a aproximadamente 30 Km da sede do município⁽¹¹⁾.

Dos oito distritos, quatro possuem ambulatório fixo, no qual presta serviço uma auxiliar de enfermagem, diariamente, e enfermeiro e nutricionista uma vez ao mês. As atividades da enfermeira resumem-se à realização de exames preventivos de câncer de colo de útero e orientações sobre saúde em geral para adultos e crianças. Não há presença de médicos. Caso seja necessário, as pessoas deverão se deslocar até o Sindicato dos Trabalhadores Rurais, na área urbana do município, e retirar ficha para atendimento ou fazer agendamento. Para situações de urgência há uma ficha de reserva.

A população alvo da pesquisa foi constituída por oito cuidadores familiares de pessoas adultas acometidas por patologia que gerasse dependência parcial ou total, que estivessem sendo cuidados em seus domicílios, na área rural do município e fossem cuidados diariamente por estas pessoas. Os dados foram coletados em cinco distritos, pois em três não localizamos sujeitos para o estudo.

Foi considerada dependência total quando a pessoa dependia integralmente do cuidador para atender as suas necessidades, e como dependência parcial quando necessitava de ajuda para alguns cuidados ou atividades. Esta informação foi fornecida pelo próprio cuidador. Caracterizou-se cuidadores principais a pessoa identificada pelo paciente/família que possuíam total ou maior responsabilidade pelos cuidados prestados no domicílio⁽³⁾.

A opção por cuidadores de pessoas adultas justificase por entendermos que cuidar de um adulto é diferente de cuidar de uma criança, implica ter um condicionamento físico capaz de dar conta de tarefas pesadas, como dar banho, trocar fraldas, oferecer alimentação, passear e outras atividades do dia-a-dia. Conviver diariamente com o ser cuidado faz com que o cuidador esteja imerso nesta função, podendo, então, com clareza, responder às questões formuladas. Entre os participantes, cinco eram mulheres e três homens, com idades entre 29 e 80 anos. A relação do cuidador com o doente revelou serem a três filhas, um filho, duas esposas, uma cunhada e uma irmã. O tempo de cuidado variou entre um e nove anos.

Os familiares dependentes tinham entre 73 e 90 anos, ou seja, idosos, sendo cinco do sexo feminino e três do sexo masculino. Três possuíam dependência total, estando acamados. Dentre as necessidades destaca-se auxílio para alimentação, deambulação e higienização.

Para localizarmos os sujeitos do estudo e realizarmos a coleta de dados, inicialmente contatamos o escritório municipal da Associação Riograndense de Empreendimentos a Assistência Técnica e Extensão Rural (Emater) de Ijuí. Esta instituição, vinculada ao Estado do Rio Grande do Sul, presta assistência técnica aos agricultores, desenvolvendo, além de apoio e orientação às atividades agrícolas, trabalho educativo sobre saúde e bem-estar social com as famílias agricultoras. Buscamos, então, acompanhando as atividades programadas pela extensionista e que ocorriam em diferentes localidades, localizar cuidadores nos diferentes distritos do município. Nesse objetivo, participamos de reuniões em doze localidades.

Nestas reuniões era explicado aos presentes os objetivos do estudo e solicitadas informações sobre pessoas que estivessem cuidando de familiar doente em casa. A partir destas informações contatamos as famílias, marcando uma entrevista. Por intermédio destas famílias recebemos indicações de outras. Foram visitadas onze famílias, no entanto três foram excluídas, pois o cuidador principal não era um familiar, mas uma pessoa contratada.

A coleta de dados foi realizada no domicílio dos sujeitos, mediante uma entrevista semi-estruturada, gravada e posteriormente transcrita, contendo questões sobre a identificação dos cuidadores familiares e do familiar doente e uma questão aberta com o seguinte tópico: *Fale sobre como é para você cuidar do(a) (nome da pessoa)*.

A análise, de acordo com Minayo⁽⁹⁾, é a descrição dos dados e tem três finalidades principais: estabelecer uma compreensão das informações coletadas, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto do qual faz parte.

Assim, valendo-nos da análise de conteúdo, procuramos elaborar categorias partindo de um único princípio de classificação, partindo do pressuposto de que um conjunto de categorias deve ser exaustivo, ou seja, deve permitir a inclusão de qualquer resposta numa das categorias do conjunto e que cada uma delas seja mutuamente exclusiva. Uma resposta não pode ser incluída em mais de uma categoria⁽⁹⁾. Para tanto seguimos a proposta metodológica de *ordenação dos dados, classificação dos dados e análise final*⁽⁹⁾.

No que se refere às questões éticas, em atenção ao preconizado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, todos os participantes tiveram seus direitos respeitados e assinaram o Termo de Consentimento livre e esclarecido⁽¹²⁾.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados permitiram a organização de uma categoria temática que foi elaborada a partir do conteúdo das entrevistas, por convergência de idéias, e que aborda o cotidiano do cuidador familiar; os laços que unem cuidador e cuidado; o ônus de ser cuidador; as dificuldades financeiras e a busca de ajuda para cuidar, sendo nominada **Vivendo como cuidador familiar: percepção de cuidadores familiares residentes na área rural**, a qual será apresentada e analisada a seguir.

O COTIDIANO DO CUIDADOR FAMILIAR

Desempenhar o papel de cuidador de pessoa dependente gera diferentes percepções que são manifestadas pelos cuidadores familiares. Suas funções e atividades realizadas no dia-a-dia tornam-se repetitivas, em virtude de exercerem as mesmas tarefas em prol do familiar dependente, destinando poucas horas ao próprio lazer ou ao descanso.

Então tu vê que a nossa vida parou, é sempre aquela mesma coisa, todo o dia lida com ela. Ele (referindo-se

ao marido) lida na roça também, isto aí também não é fácil, porque de noite que é para descansar, ela não deixa dormir. Tu tá cansado daquele serviço, então o tempo parou pra nós. (E4)

O compromisso assumido acaba por tornar a vida do cuidador mais rotineira, pois a sua liberdade de ação depende das condições do outro que é cuidado, e este tem suas necessidades que devem ser atendidas, todos os dias. A repetição das atividades é rotina: alimentar, higienizar, lidar com ela (e). Poder dividir as atividades de cuidar com outra pessoa possibilita ao cuidador um alívio físico e psicológico com relação ao familiar que está dependente, porém, por outro lado, acarreta um sentimento de desconforto, pois o ajudante também passa a vivenciar um duplo esforço: o de ajudar a cuidar e de continuar trabalhando.

Como forma de sustentar a família a colaboradora refere que o marido trabalha na agricultura, na roça, não podendo prestar-lhe ajuda constante, mas que de certa forma desenvolve uma dupla jornada de trabalho. O tempo que dispõe para descanso, à noite, acaba se tornando um período em que o cuidado continua, pois o familiar doente continua exigindo atenção. Assim, reorganizar a jornada cotidiana para quem cuida e quem auxilia pode ser uma etapa difícil.

O cuidador, nesse sentido, ao ter sua rotina alterada, tem suas certezas práticas abaladas e sente a necessidade de construir um novo cotidiano, elaborando “na prática” novas certezas. Esta reelaboração é um processo que será vivenciado de maneira muito particular por cada cuidador e por cada familiar⁽¹³⁾.

Em estudo realizado cuidadores mencionaram sentir mais cansaço pelos problemas advindos da incapacidade cognitiva dos idosos, que era o enfoque da pesquisa, em contrapartida ao desgaste físico que isso provocava⁽¹⁴⁾. Significa dizer que cuidar é uma atividade que cansa mais mental do que fisicamente. Assim sendo, o cuidador submetido a esforço físico e desgaste emocional, sem qualquer suporte ou informação poderá adoecer em curto prazo, caso não lhe sejam garantidos meios de prevenção⁽¹⁵⁾.

Embora os familiares cuidadores demonstrem estar enfrentando um esgotamento físico e emocional, eles procuram dar carinho e afeto, pois, segundo afirmam, para cuidar é preciso ter paciência e amor para com o familiar doente e dependente, sem descuidar do restante da família, filhos, esposo, trabalho.

É difícil a gente conciliar tudo, filhos adolescentes, filhos jovens fora de casa, o trabalho na agricultura. Para atender uma pessoa assim, que necessita de carinho e atenção todo o tempo. É como eu disse, eles necessitam de atenção e carinho, eles ficam muito carentes (E6).

Assumir a responsabilidade pelo cuidado de um familiar não exime o cuidador de seus outros papéis familiares e profissionais, como já mencionado anteriormente. Assim, este necessita conciliar o ser mãe/pai, filho/filha, esposo/esposa e as demandas que estas funções exigem.

O familiar ao viver a experiência de ser um cuidador, percebe que este não é um papel que traz muitas satisfações pessoais. É um exercício de se doar muito mais do que receber. Assim, ele precisa de paciência, que nada mais é do que uma virtude para suportar as dores, os incômodos e os infortúnios sem queixas e com perseverança⁽¹⁶⁾. O envolvimento afetivo proporcionado pelos laços familiares dos sujeitos com os idosos, entretanto, apresenta tamanha profundidade que justifica a intensidade e diversidade dos sentimentos representados⁽¹⁷⁾.

O papel da mulher, como cuidadora, descrito no contexto de uma comunidade rural de imigração italiana, corrobora com a afirmação anterior, pois indica que esta se dedica e não se queixa do trabalho que executa no seu dia-a-dia. Fundamentalmente esta é comprometida, disponível, paciente e preocupada com quem cuida, mesmo que esteja distante^(6,18).

O cuidar no domicílio implica em estabelecer relações que envolvam os sentimentos, o afeto, o amor, a interação interpessoal, a confiança, o respeito aos valores, as habilidades específicas durante o cuidado físico e a estrutura de personalidade para o enfrentamento da situação. Paciência, amor e carinho são sentimentos que devem existir entre o cuidador e a pessoa que necessita de cuidado. Envolve ainda a atenção, a tolerância e o ato de dar amor ao idoso que apresenta disfunção comportamental⁽¹⁴⁾. Entendemos que estas características se fazem presentes em qualquer relação que envolva o cuidado de pessoas com doenças crônicas que geram dependência para atividades da vida diária, pois com o passar do tempo o cuidar vai-se tornando uma atividade extenuante, necessitando de firmes valores para se manter na função.

A gente teve que aturar tudo isso, e aturou. Nós não pensamos que ia ser assim, ela é bem difícil. (E1)

A gente fica assim meio preocupado, daí pensei, que dizem que cada um tem que levar sua cruz, daí eu aceitei isto. E assim to indo, às vezes a gente fica um pouco nervosa, porque é tudo a gente. (E2)

Não havendo alternativa o cuidador vê-se impossibilitado de voltar atrás e então resigna-se e leva em frente seu papel. Estudo realizado com cuidadores de idosos revelou que em grande parte dos cuidadores que assumem a responsabilidade de cuidar de seus idosos verifica-se a tendência para o isolamento, a solidão, a depressão, o estresse, causados pela ausência de suporte informal. O grau de não participação social está relacionado à falta de conscientização por parte do cuidador sobre a importância de seu afastamento, que, muitas vezes, acaba provocando sua anulação como pessoa⁽¹⁴⁾.

Na tentativa de se explorar as necessidades e o bem-estar dos cuidadores, estudos revelaram problemas como: cansaço entre a maioria dos cuidadores, distúrbios do sono pelo fato de dormirem pouco e terem seu sono interrompido para oferecer cuidados, aparecimento de cefaléia, perda de peso. Outras alterações na saúde são levantadas junto a cuidadores familiares, quando estes referem que, após assumirem o papel, perceberam algu-

mas mudanças como ingestão maior de alimentos do que o habitual devido aos seus sentimentos ⁽¹⁷⁾.

Eu fico de noite lá com ele, com meu pai, daí eu não durmo a noite toda, daí eu chego em casa e vou deitar e não consigo dormir. Daí eu fico mais agitada sabe, então ele é tão nervoso, tão agitado que a gente fica agitada junto. (E3)

Eu fico nervoso principalmente de noite, ela chama, vou ali atender ela, volto, mal apenas deito, ela chama, quer a mesma coisa, eu volto de novo, vai até quatro, cinco vezes. Até que às vezes eu dou uma xingada nela (E4).

O cuidado é uma atividade totalmente absorvente que preenche os dias, e às vezes, as noites da pessoa que assume cuidar o familiar. Se o cuidador assumiu para si também as tarefas domésticas, conciliá-las com os cuidados pessoais exige uma habilidade na organização do tempo e da execução dos mesmos ⁽¹³⁾.

LAÇOS QUE UNEM CUIDADOR E CUIDADO

Mesmo com todo o nervosismo e agitação, os familiares cuidadores continuam prestando assistência, pois dizem ser sua obrigação, que é a sua vez de retribuir o que lhes foi oferecido quando crianças, ou por um juramento de companheirismo no matrimônio.

Um dos entrevistados referiu que assumiu o cuidado do familiar dependente por entender ser sua obrigação de filho. A forma de retribuir os cuidados recebidos é atender às necessidades da mãe doente, realizando a higiene corporal, cuidando-a e protegendo-a.

Nove meses eu levei para nascer, me levou no ventre e agora na situação como ela está, então eu acho que chegou a minha vez de retribuir o que ela fez por mim. Temos que ir levando a vida, porque ela não se defende mais. Não sou maluco de deixar ela ali, sem dar banho, sem cuidar (E4).

Os laços familiares, representados por traços de consanguinidade, de acordo com Mazza ⁽¹⁹⁾, são um fator determinante no comprometimento do cuidador. Esta ligação de forte vínculo afetivo proporciona um convívio agradável e o surgimento do amor como elemento fundamental para o exercício do cuidado. As responsabilidades de filho, provenientes dos laços afetivos, indicam que esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupam-se com elas, reservam tempo para dedicar a elas, sentem responsabilidade pelo laço que cresceu entre eles.

Outra entrevistada definiu o cuidado como uma promessa realizada no momento do matrimônio, entendendo ser esta sua obrigação de esposa. Mesmo sem gostar desta tarefa, e sentindo-se incapaz para desempenhá-la, a realiza, pois prometeu a Deus.

Eu não sirvo para cuidar de gente doente, nunca que eu ia cuidar gente doente. Cuido porque é meu, mas pra cuidar outro não. Vai fazer o quê, a vida é esta, o juramento a gente fez na frente do altar (E8).

A relação de marido e mulher pode ser explicada pelos valores culturais, sociais e religiosos que perpassam a relação matrimonial. É esperado que o casal cuide um do outro “até que a morte os separe” e este, muitas vezes, é o arranjo familiar encontrado para definir quem irá cuidar, principalmente se o cônjuge não estiver exercendo atividades profissionais ou estiver aposentado ⁽³⁾.

Os sentimentos de dever e de obrigação representam-se pelo respeito, a consideração e a admiração que nutrem pelo cônjuge os obrigam a cuidar. A troca de valores que se estabelece na relação conjugal, a reciprocidade, é o que os motiva a desempenhar o cuidado. O dever e a admiração são reforçados pelo vínculo que se estabelece na vida que construíram juntos ⁽¹⁸⁾.

O familiar cuidador, ao assumir o cuidado de um indivíduo dependente, percebe que é um papel em que tem que se doar, privando-se, muitas vezes, de atividades que praticava habitualmente, antes de se tornar cuidador familiar.

O ÔNUS DE SER CUIDADOR

Nas entrevistas realizadas, um dos maiores descontentamentos manifestados pelos familiares cuidadores é a impossibilidade de sair de casa, pois em meio às tarefas, responsabilidades e preocupações diárias com o cuidado ao doente, vêem-se limitados e restritos ao espaço doméstico.

É um tempo, que parece, que parou pra nós, não podemos nem sair de casa. Muitas vezes nem no culto nós podemos ir. Quando saímos, tem que ir e já voltar (E4).

Nós não sabemos o que é participar de uma coisa festiva, participar de coisas religiosas, o lazer terminou (E6).

Uma das características do cuidado a um familiar totalmente dependente é a impossibilidade de deixá-lo sozinho. O cuidador, para poder ausentar-se, precisa ter alguém que se disponha a substituí-lo, seja um familiar, um vizinho ou uma pessoa remunerada. Como a maioria dos outros familiares se ocupa com outras atividades, o cuidador tem, muitas vezes, que adequar suas saídas à disponibilidade dos demais, cuja presença geralmente é esporádica e causal.

Como estes cuidadores ocasionais geralmente desconhecem o doente e suas necessidades, o familiar sente-se preso ao papel de cuidador. Isto é uma consequência relacionada ao fato de sentir-se inseguro ao se afastar do doente e ao que possa acontecer em sua ausência. Diante da impotência e ambigüidade dos desejos, sente-se limitado às atividades relacionadas ao doente e à casa.

O compromisso, a responsabilidade e a dificuldade em ser substituído levam o cuidador a afastar-se das atividades que para ele têm significado importante, como ir ao culto, festas ou outros eventos sociais. O cuidador jovem, por sua vez, acaba se privando das diversões e encarando a tarefa de cuidar como um “emprego”, no qual o horário e a presença são indispensáveis.

Eu fico amarrado, se eu quero sair não posso, daí depende dos outros. A gente dá as fugidas, eu vou pra

cidade, mas no máximo às duas horas estou de volta. Não é como antes, que nem tu tem tua vida no bom dos teus anos, mas tu não pode sair, tem que estar aqui, é a mesma coisa que teu emprego (E5).

Percebe-se que os cuidadores se sentem presos quando assumem somente as atividades circunscritas à casa, como aquelas relacionadas ao trabalho doméstico e ao cuidado com o doente, sem possibilidade de desenvolver qualquer outra fora deste domínio⁽¹⁷⁾.

O familiar acaba deixando uma vida de certo modo independente para assumir uma outra que limita sua liberdade de movimentos para fora do domicílio. Ele perde sua autonomia, limitando ou abolindo as suas atividades profissionais, sociais, físicas, de lazer e espirituais para vivenciar uma experiência reclusa à casa⁽¹⁷⁾.

A BUSCA DE AJUDA PARA CUIDAR

A família encontra-se, muitas vezes, em condições difíceis, pois quando tem em casa uma pessoa doente e dependente, torna-se necessário contar com pessoas que possam ser referência para solicitar ajuda, fazer companhia ao doente, dando condições ao cuidador de organizar as rotinas de cuidados e afastar-se, mesmo que por pouco tempo. Para isso, geralmente as pessoas que estiverem mais próximas, sejam elas amigos, vizinhos, ou mesmo membros da família, poderão ajudar quando preciso.

Vou para a cidade ver o medicamento e então organizamos os horários para vir outra senhora, que a gente consegue, para ficar aquelas três, quatro horas com a mãe. Daí a gente alimenta a mãe de meio-dia, faz higiene nela. Bom! Até quatro horas nós podemos ficar na cidade fazendo as coisas. Então é cronometrada aquela saída. A noite, às vezes vou à missa. Se não posso ir vai a J., coloca ela na cama, daí a gente vai na missa e é assim (E6).

O afastamento do cuidador para ir à cidade, à missa ou mesmo passear depende da solidariedade dos parentes e vizinhos para substituí-los neste período. Uma vez que assumiu este papel, o cuidador poderá recorrer, eventualmente, a outro parente em seus impedimentos, mas dificilmente conseguirá transferir a responsabilidade pelos cuidados em caráter definitivo⁽¹⁵⁾.

Em relação à responsabilidade e demanda da família, Caldas⁽⁵⁾ afirma que os cuidadores, mesmo longe do atendimento institucional, socorrem-se de familiares, amigos e grupos religiosos, ou seja, formas de ajuda não visíveis de imediato, mas presentes nas dificuldades cotidianas, cumprindo o difícil papel de tecer a rede de cuidados, muitas vezes improvisados, que fornecem algum suporte àqueles cuja doença e dependência exigem que estejam sob a responsabilidade de outra pessoa.

Dentre os entrevistados, alguns cuidadores familiares relatam que dependem de vizinhos, amigos e familiares para levar a pessoa para a cidade ou ao médico, pelo fato de não possuírem automóvel. Para os cuidados eventuais e substituições temporárias os cuidadores podem contar, em alguns casos, com uma rede de apoio formada por familiares e/ou vizinhos que se dispõem a ajudar quando podem ou são solicitados.

As afirmações de que em algumas situações os cuidadores podem solicitar ajuda a outras pessoas indica que estes dispõem de uma rede de suporte, embora a percepção de que cuidam sem contar com ajuda seja a que predomina. Por outro lado, poderíamos entender que estas substituições não diminuem a responsabilidade do cuidador e, como afirmou a primeira entrevistada -“fico mais agitada, mais preocupada”-, o maior desgaste do cuidar reside no aspecto psicológico e não no físico. Neste sentido, entendemos, também, que para os trabalhadores rurais, o esforço físico é uma constante na sua atividade diária e, por conseguinte, lidar com uma pessoa não geraria tanto esforço considerando essencialmente este aspecto.

Além da ajuda física e material prestada por amigos, vizinhos e familiares, os cuidadores também recorrem ao auxílio espiritual para conseguirem enfrentar os momentos difíceis do dia-a-dia.

Até nós aprender a conviver com a situação foi, foi muito difícil. Agora a gente já tá um pouco acostumado e a gente aceita. A fé ajuda bastante. Acho até que Deus coloca assim pra gente aceitar (E6).

Os fatores psicossociais interferem na forma de os sentimentos serem objetivados no cotidiano do cuidador e da pessoa doente, sendo comum recorrer a valores religiosos como suporte para a aceitação desse cotidiano e dos sentimentos que afloram⁽¹³⁾.

São manifestadas, também, pelos cuidadores familiares, as dificuldades financeiras para conseguir atender às necessidades do doente e da própria família, pois a renda mostra-se insuficiente. Um deles relata que além de cuidar de sua mãe, durante o dia, trabalha das 4 horas às 7 horas, na propriedade de um vizinho, auxiliando na ordenha das vacas, como uma forma de aumentar a renda.

Alguma coisa fica atirada, estamos levando uns tombos. Tem que ir a luta, não dá para ficar parado, se não precisasse eu não ia lá, mas os dois salários que ela ganha como aposentada não chega, mas estamos indo. Então é mais fácil fazer o que eu faço e ficar aí. Menos de um salário e meio ninguém vai querer cuidar de uma pessoa. Eu já me acostumei (E7).

Com a situação financeira abalada faz-se necessário que o cuidador, muitas vezes, realize tripla jornada de trabalho, seja cuidando do familiar, realizando os afazeres domésticos ou saindo para trabalhar em uma atividade remunerada ou na agricultura como forma de aumentar a renda familiar. Na área rural é difícil encontrar pessoas dispostas a trabalhar como cuidadoras de pessoas dependentes. Por outro lado, a renda dos familiares não permite uma remuneração que atraia trabalhadores para este serviço.

Percebe-se que os participantes do estudo, superado o impacto inicial de assumir a responsabilidade pelo cuidado e após terem reassumido o controle de suas vidas, embora com dificuldades e necessitando de rearranjos e negociações constantes, buscam dar continuidade ao processo de cuidar, viabilizando as atividades e planejando o futuro. Projetando uma forma de poder continuar cuidando e cuidando da melhor forma possível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A coleta de dados, no domicílio das famílias, oportunizou-nos observar como vivem os cuidadores e as pessoas dependentes, suas casas, a distância até a sede do município. Embora este não tenha sido um objetivo do estudo, a realização da entrevista *"in loco"* permitiu-nos uma aproximação maior com os sujeitos da pesquisa, favorecendo e estimulando-nos a refletir sobre o modo de vida, a história das pessoas e da cultura das famílias entrevistadas, ajudando-nos a entender melhor este processo de cuidar.

Ao confrontar os resultados deste estudo com outras pesquisas sobre cuidadores da área urbana, notou-se que aqueles da área rural possuem sentimentos semelhantes, oriundos do dever de cuidar, da reclusão e das dificuldades que estão presentes nas famílias em geral.

As distâncias que separam as localidades rurais dos serviços de saúde urbanos, no caso de Ijuí, parecem não ser um fator considerado pelos cuidadores como uma dificuldade para cuidar. Mesmo o acesso a estes serviços, o fato de precisarem enfrentar filas para marcar consulta, não foi mencionado nas entrevistas. Isso nos leva a pensar que o sistema vigente é absorvido pelas pessoas como um fato dado e inquestionável. Aceitam-no e pronto. Outro aspecto que deve ser levado em conta é a desinformação sobre seus direitos por parte da maioria dos trabalhadores rurais.

Entendemos que o processo de cuidar de um familiar no domicílio ocorre em um âmbito privado e culturalmente restrito à família e àqueles que compõem a rede de suporte familiar, que procura ser auto-suficiente, atendendo a todas as demandas e respondendo a todas as necessidades. Assim, a inexistência de serviços de saúde descentralizados que poderiam servir de apoio, orientação e até de ajuda para os cuidadores, não é percebida pelos mesmos.

A descentralização da atenção à saúde dos centros urbanos, em especial da atividade de enfermagem, pode se constituir em um importante espaço para o exercício profissional. Trabalhar com pessoas em seus domicílios é hoje um desafio que a enfermagem está procurando, ainda que de forma tênue, assumir. Trabalhar com famílias rurais em seus domicílios pode ser um modo de expandir ainda mais a atuação do enfermeiro.

Por fim, para que as famílias se sintam mais confortadas e acolhidas pela sociedade, pensamos ser importante que as equipes de saúde as conheçam por meio de visita domiciliária a qual permitirá tomar conhecimento da realidade em que vivem as famílias da área rural e assim desenvolver programas e atividades que lhes dêem apoio, orientações e suporte para o cuidado sempre levando em consideração a realidade do doente e da família na qual está inserido.

REFERÊNCIAS

1. Paskulin LMG, Dias VR. Como é ser cuidado em casa: as percepções dos clientes. Rev. Brás. Enf., 2002 mar./abr.; 55 (2): 140-5.
2. Luft PC. Dicionário brasileiro. 42. ed. São Paulo: Globo; 1996.
3. Perlini NMOG. Cuidar de pessoa incapacitada por AVC no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Ijuí: UNIJUI, 2001. (Coleção trabalhos acadêmicos – científicos. Série dissertações de mestrado, 19.)
4. Pavarini SCI, Neri AL. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: Duarte YA, Diogo MJ. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. São Paulo: Atheneu; 2000.
5. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública 2003 maio/jun.; 19 (3) : 773-80.
6. Budó MLD. Cuidando e sendo cuidado: um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos [dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 1994. 222 p.
7. Cattani RB, Girardon-Perlini NMO. Cuidar do idoso doente no domicílio: a vez do cuidador familiar. Rev Eletrôn Enf 2004 maio/ago.; 6 (2): 254-71. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista.html>.
8. Scotney N. Educação para saúde: manual para pessoal da zona rural. São Paulo, 1981.
9. Minayo MCS, Organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 20º ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
10. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas; 1999.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [Citado em : 17 out. 2004] Disponível em: (<http://www.ibge.com.br/cidadesat/default.php>).
12. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. Trata das Diretrizes e Normas regulamentadoras de Pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
13. Mendes PBMT. Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 1995.
14. Rodrigues RAP, Andrade OG, Mendes MMR. Estratégias para o cuidado domiciliar de idosos com doença de Alzheimer. Gerontologia 1995; 3 (2): 73-80.
15. Velásquez MD, Dal Rio MC, Marques DD. As trajetórias de vida dos cuidadores principais. In: Karsch UM, Organizadora. Envelhecimento com dependência: revelando cuidadores. São Paulo: EDUC; 1998.
16. Bocchi SCM. Vivenciando a sobrecarga ao vir-a-ser um cuidador familiar de pessoa com acidente vascular cerebral (AVC) [tese]. São Paulo: Universidade São Paulo; 2001.
17. Lavinsky AE, Vieira TT. O cuidar de idosos com acidente vascular encefálico: representações de familiares cuidadores. Rev Baiana Enf, Salvador, 2002 jan./ago.; 15 (1/2): 75-85.
18. Budó MLD. A mulher como cuidadora no contexto de uma comunidade rural de imigrantes italianos. Texto Contexto Enf., Florianópolis, 1997 jan./abr.; 6 (1): 181-97.
19. Mazza MM. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo; 2002.

Recebido em: 19/10/2005

Aprovado em: 31/10/2005

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS DISCENTES DE UM CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM SOBRE AVALIAÇÃO NO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

SOCIAL REPRESENTATIONS OF THE STUDENTS OF A DEGREE NURSING COURSE ABOUT ASSESSMENT IN THE TEACHING-LEARNING PROCESS

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL ACADÉMICO DE UN CURSO DEL GRADO DE ENFERMERÍA SOBRE LA VALORACIÓN EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE

Dener Carlos dos Reis¹
Selme Silqueira de Matos¹
Marta Lenise do Prado²

RESUMO

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, sobre a visão dos discentes de um curso de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais. O objetivo foi identificar e analisar as Representações Sociais sobre avaliação feita pelos docentes no processo de ensino-aprendizagem dos discentes. Os resultados apontaram a utilização da avaliação no processo ensino-aprendizagem com dupla funcionalidade. Sendo uma ênfase na funcionalidade negativa: “reprodução de conteúdo”, “medida do conhecimento”, “valorização do erro” entre outras. Em contraponto a avaliação com uma funcionalidade positiva, qual seja, “participativa”, “processual”, “integrante da construção de conhecimento”. Essas representações discentes parecem ter grande aproximação com as atuais tendências no campo da avaliação educacional. Entretanto, evidenciou-se a necessidade de reflexão das práticas concretas de avaliação que nas representações discentes se mostram dentro de uma concepção pedagógica tradicional.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem; Avaliação; Educação Superior; Aprendizagem

ABSTRACT

This is a descriptive, qualitative study on the point-of-view of students in a Nursing degree course in the State of Minas Gerais in order to identify and to analyze the social representations on assessment by teachers in the teaching-learning process. We used analytical categories and discussed teaching concepts. The results showed the use of assessment in the teaching-learning process had two functions: one negative: “content reproduction” to “measure knowledge”, valuing mistakes, among others. On the other hand, the positive function: “participant”, procedural, building knowledge. These representations by the students come close to current tendencies in the field of evaluation in education. However, there is a need for reflection on concrete practices of evaluation that come from a traditional pedagogic conception in the students’ representations.

Key words: Education, Nursing; Evaluation; Education, Higher; Learning.

RESUMEN

Se trata de un estudio descriptivo con enfoque cualitativo sobre la visión de los discentes de un curso de graduación en enfermería en el Estado de Minas Gerais. Su objeto ha sido identificar y analizar las representaciones sociales acerca de evaluaciones llevadas a cabo por docentes en el proceso enseñanza-aprendizaje de los discentes. Los resultados indican que el uso de la evaluación en el proceso enseñanza aprendizaje tiene doble finalidad. La funcionalidad negativa: “reproducción de contenido”, “medida del conocimiento”, “valoración del error”, entre otros. Por otra parte, la evaluación con funcionalidad positiva “participativa”, “procesal”, “integrante de la construcción de conocimiento”. Estas representaciones discentes parecen acercarse bastante a las actuales tendencias en el campo de evaluación educativa. Sin embargo, ha quedado evidente la necesidad de reflexionar sobre las prácticas concretas de evaluación que en las representaciones discentes se muestran dentro de una concepción pedagógica tradicional.

Palabras clave: Educación en Enfermería; Evaluación Educación Superior; Aprendizaje.

¹ Enfermeiros. Doutorandos do curso de Doutorado da Escola de Enfermagem da UFMG

² Enfermeira. Doutora em Filosofia da Enfermagem e Professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Departamento de Enfermagem da UFSC. Professora visitante no Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFMG – Convênio PQI/CAPES.

Endereço para correspondência: Av. Alfredo Balena, 190 – Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte/MG. Cep: 30.130-100 E-mail: dem@enf.ufmg.br

INTRODUÇÃO

Este artigo propõe uma reflexão sobre as representações e os significados atribuídos à avaliação pelos discentes de um Curso de Graduação em Enfermagem em Minas Gerais, com relação ao processo ensino-aprendizagem e à construção do conhecimento.

Inicialmente cabe ressaltar que o conceito de avaliação no campo educacional presente tanto no discurso oficial como na teoria vem historicamente transitando entre dois eixos político-pedagógicos ⁽¹⁾.

O primeiro eixo inclui as pedagogias denominadas não críticas, cujas concepções de avaliação estão assim descritas: a) Na pedagogia da Escola Tradicional a avaliação visa a exatidão da reprodução dos conteúdos abordados nas situações de ensino pelos discentes, dando ênfase à prova escrita como uma das formas de testar e classificar entre os discentes os que alcançam bons resultados e os que não os alcançam, resultados esses entendidos como a maior ou menor capacidade do aluno em memorizar informações; b) Na pedagogia da Escola Nova o foco da avaliação são os aspectos afetivos, isto é, as atitudes dos discentes em face dos conteúdos abordados nas situações de ensino, dando ênfase à auto-avaliação; nessa pedagogia o conteúdo perde sua importância, não sendo o objeto central da avaliação; c) Na pedagogia da Escola Tecnicista a avaliação é um processo sistemático, contínuo e integral, destinado a determinar até que ponto os discentes alcançaram os objetivos educacionais pré-estabelecidos pelos docentes, dando ênfase aos pré-testes e pós-teste como forma de determinar se os objetivos estabelecidos foram alcançados. ^(1,2,3,4)

O segundo eixo inclui as pedagogias denominadas críticas. A concepção de avaliação presente em cada uma delas está descrita a seguir: a) Na Escola Libertadora a avaliação deixa de ser um processo de verificação da aprendizagem em termos de aquisição de conhecimentos e formação de atitudes e hábitos para se comprometer com a formação de uma consciência crítica e de sensibilização dos discentes para com a prática social de sua profissão, neste caso a enfermagem, dando ênfase à avaliação em grupo; b) Na Escola Libertária o foco é a transformação dos discentes no sentido de torná-los autogestionários de sua própria formação profissional, dando ênfase à experiência e à vivência grupal. Os conteúdos são colocados à disposição dos discentes, porém não cobrados. Nessa pedagogia o processo avaliativo não faz qualquer sentido. Na Escola Crítico-Social dos Conteúdos a avaliação busca verificar se o discente superou o estágio do conhecimento denominado de senso comum (desorganização do conteúdo) para uma visão mais crítica e ampla dos conteúdos discutidos na situação de ensino (sistematização dos conteúdos). Nessa pedagogia a avaliação manifesta-se como um mecanismo de diagnóstico da situação de aprendizagem e desenvolvimento dos discentes, tendo em vista gerar e propor melhorias para o avanço e o crescimento dos mesmos e não a estagnação disciplinadora como na Pedagogia Tradicional. ^(1,5,6,7,8)

Nesse contexto descrito acima, no qual a avaliação envolve dois eixos político-pedagógicos, os estudos recentes no campo educacional e da formação do Enfermeiro apontam para uma tentativa de superação do pri-

meiro pelo segundo. Entretanto, a avaliação da construção do conhecimento discente pelos docentes nos cursos de graduação em Enfermagem ainda parece estar enraizada na concepção da Escola tradicional dando ênfase à verificação da capacidade de memorização dos discentes dos conteúdos ensinados nas situações de ensino teórico ou prático ^(6,7).

Esse enraizamento da concepção de avaliação dentro dos pressupostos da Pedagogia Tradicional, não parece distante do discurso oficial e atual adotado para a avaliação dos graduandos na Área de Enfermagem pelo Exame Nacional do Desempenho dos Estudantes (ENADE), que eleger os seguintes aspectos como foco avaliativo: “as habilidades do estudante para analisar, sintetizar, criticar, deduzir, construir hipóteses, estabelecer relações, fazer comparações, detectar contradições, decidir, organizar, trabalhar em equipe e administrar conflitos” ⁽⁹⁾. Pode-se verificar que a ênfase ainda está em verificar as habilidades cognitivas dos estudantes de Enfermagem. Assim, pouco contempla-se a dimensão afetiva, aquela na qual o aluno expõe a sua subjetividade a atribuição de valor a temas cotidianos e profissionais e o desenvolvimento de atitudes morais nas questões que envolvem a sua profissão. Em outras palavras, o modelo é unidimensional, isto é, a dimensão cognitiva é o centro – outras dimensões que envolvem o processo de ensino-aprendizagem ficam de fora, como por exemplo, a dimensão atitudinal, afetiva, social. Embora as estratégias adotadas pareçam fugir de um padrão hegemônico de prova escrita somente para medir a capacidade do discente de enfermagem em recordar os conteúdos dos livros ou das situações de ensino experienciadas pelo mesmo em sua formação, o modelo de avaliação do ENADE incorpora questões de múltipla escolha e discursivas, que abordam situações-problema, estudos de caso, simulações e interpretações de textos e imagens, o que re-afirma um modo de avaliar mais cognitivo ⁽⁹⁾, entretanto, ainda muito centrado na verificação de conteúdos relacionados à formação profissional técnica.

Nesse sentido defendemos que avaliação no processo educacional não pode mais significar unicamente: afirmar, confirmar, medir, classificar e constatar. Mas prioritariamente, avaliação significa: questionar. É esse último o sentido que vem sendo adotado nas novas tendências de avaliação, as quais consideram que o processo de produção de conhecimento nunca é completo e final. Nesse sentido o argumentar, o questionar, significam estabelecer diálogo, isto é, um processo investigativo que busca fundamentar a interpretação que se têm do objeto ou conteúdo da situação de ensino de forma aberta, ampla e produtiva. Enfim, a avaliação integra o aprender, o conhecer, não podendo ser, portanto uma etapa final da produção de conhecimento e sim inerente a ela como forma de gerar melhorias para o processo de ensino-aprendizagem. ^(1,4)

Assim, uma pergunta se torna fundamental: “Como o docente deve avaliar a construção do conhecimento do discente?” Em outras palavras; qual a ideologia, qual (is) concepção (ões) e quais os modos de avaliar que devemos adotar nas situações de ensino na graduação em Enfermagem? Hoffmann ⁽⁴⁾ aponta uma direção, qual seja,

a avaliação como sendo essencialmente questionar. É observar. É promover experiências educativas que signifiquem provocações intelectuais significativas no sentido do desenvolvimento do aluno. Nessa perspectiva, a avaliação não se encontra em um ponto terminal ou único de verificação da aprendizagem e sim como um recurso para o apontamento de melhorias necessárias para o desenvolvimento e construção de conhecimento pelo discente, sendo definida como mediadora e processual na formação profissional.

Um estudo realizado por Diligenti ⁽¹⁰⁾ sobre as representações relacionadas à avaliação do processo de ensino-aprendizagem dos discentes e docentes de um curso de graduação em Engenharia Civil, apontou que os docentes tinham as seguintes representações: a) avaliação significando essencialmente medir conhecimentos adquiridos; b) a dificuldade do docente em conhecer as peculiaridades de cada discente devido ao tempo curto das disciplinas, a desconfiança em relação ao compromisso ético do aluno (Ele realmente fez sozinho esse trabalho? Esse trabalho é uma cópia?), as atitudes dos alunos como a falta de motivação, a subjetividade que permeia o ato de avaliar; c) em relação ao foco da avaliação identificou que os docentes não dão ênfase, à capacidade do discente de solucionar problemas, interpretar situações, investigar.

Em contraponto, as representações dos discentes, nesse mesmo estudo, apontaram: uma não aceitação da avaliação somática, aquela que mede o conhecimento atribuindo a ele um valor, uma nota, um conceito. Enfim, quantificando. Evidenciou-se o desejo de participação dos discentes no processo de avaliação e no trabalho pedagógico como um todo. Esses resultados confirmaram um conflito de concepção, isso é, de um lado o docente com visão mais tradicional e de outro o discente com o desejo de mudança e de participação na construção dos processos avaliativos de sua formação profissional.

Essa constatação nos direciona a investigar se realmente as concepções dos discentes tendem para as concepções mais inovadoras de avaliação, ou seja, incorporam as noções de uma pedagogia mais crítica e reflexiva. Nesse sentido, o presente estudo objetivou identificar e analisar as representações discentes de um curso de Graduação em Enfermagem sobre a avaliação da construção do conhecimento na sua formação. Isso significa dizer como os discentes dão significados à avaliação realizada pelos docentes no processo de sua formação profissional.

A reflexão apresentada aqui parte de uma necessidade concreta de revermos, no cotidiano das situações de ensino da formação dos profissionais de saúde, as nossas concepções teórico-filosóficas presentes tanto no discurso como na prática pedagógica. Essa é uma das formas de produzir melhorias na Educação para a formação de Enfermeiros numa visão humanizada, ética e com compromisso social.

REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Este estudo constitui-se em uma pesquisa descritiva que utiliza como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais, que engloba tanto os métodos de identificação e análise do conhecimento

construído e compartilhado socialmente como um vasto referencial teórico para explicá-los, adotando uma abordagem qualitativa.

Representações Sociais são um conjunto organizado de opiniões, atitudes, crenças e informações referentes a um objeto ou a uma situação. São determinadas ao mesmo tempo pelo próprio sujeito (sua história, sua vivência), pelo sistema social e ideológico no qual ele está inserido e pela natureza dos vínculos que ele mantém com esse sistema social. Esse conhecimento construído e compartilhado socialmente visa dar respostas às questões cotidianas exercendo influência nas atitudes, opiniões e práticas das pessoas. ^(11,12,13,14)

O campo da Teoria das Representações Sociais tem duas vertentes principais: uma que privilegia o conteúdo das representações sociais – RS e outra que privilegia a estrutura dessas representações, isto é, a sua organização em um núcleo central - um conhecimento mais rígido, homogêneo e estável e um sistema periférico - um conhecimento mais flexível, mais heterogêneo, instável e adaptativo ao contexto imediato. ^(12,13) Neste estudo optamos pela vertente de análise de conteúdo por entendermos que o nosso objeto de estudo, a avaliação, beneficia-se com o seguinte pressuposto desta análise: compreender como se dá o conhecimento, do ponto de vista da sua trajetória e de como ele se processa nas diferentes fases de cruzamento de saberes e em que se apóia a rede de significados atribuídos pelo sujeitos participantes deste estudo.

Local do Estudo

O cenário de estudo foi uma Escola de Enfermagem vinculada a uma Universidade Pública do Estado de Minas Gerais, sendo que na atualidade oferece cursos na área do ensino de graduação, pós-graduação, pesquisa e extensão. A Graduação em Enfermagem, nessa escola, possui a modalidade - Bacharelado e Bacharelado/Licenciatura, com entrada anual de 96 alunos e a duração do curso é de 4 anos e meio.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi desenvolvida utilizando-se um questionário com a técnica de associação livre de idéias (Anexo I) ⁽¹⁹⁾, no qual foi solicitado aos discentes participantes do estudo que descrevessem quatro palavras ou expressões que lhes ocorriam na memória quando ouviam falar sobre “avaliação” realizada pelos docentes no processo de ensino-aprendizagem deles. A seguir, foi-lhes solicitado que hierarquizassem as palavras com a numeração de 01 a 04, isto é, da palavra mais importante para a menos importante. Por fim, eles justificariam a palavra que melhor significava “avaliação”. Assim, o instrumento teve três funções: a) fornecer conteúdos para análise e determinação das RS; b) propiciar um espaço para reflexões discentes sobre a avaliação na sua formação profissional; c) permitir que os próprios sujeitos, ao elegerem suas idéias centrais pudessem eles mesmos interpretá-las.

Sujeitos

Participaram deste estudo alunos do 4º ao 9º períodos do Curso de Graduação em Enfermagem matriculados até a data da coleta de dados que foi realizada nos dias 16 a 20 de junho de 2005. O questionário foi respondido pelos

alunos após orientação dos pesquisadores sobre o objetivo do estudo e após o consentimento livre e esclarecido dos discentes em participarem do estudo, conforme preconiza a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Análise dos Dados

O tratamento e a análise dos dados coletados seguiram os pressupostos estabelecidos para a análise de conteúdo proposta por Bardin (1991). A utilização dos dados permitiu uma descrição objetiva, sistemática dos conteúdos manifestos na associação livre de idéias, tendo por finalidade a interpretação, a compreensão dos significados relacionados ao tema abordado, permitindo, caso fosse necessário, a inferência por parte dos pesquisadores. Esse autor define a análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (qualitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos à condição de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens ⁽¹⁹⁾.

Esse mesmo autor relata sobre diversidade de técnicas que em sua maioria são complementares e que estão à disposição dos pesquisadores na garantia de se obter uma interpretação válida e bem fundamentada para a análise de conteúdo. Para a apresentação dos resultados optamos por seguir um método complementar a análise de conteúdo e das representações, proposto por Lefevre ⁽²⁰⁾.

RESULTADOS

As respostas às perguntas foram transcritas e analisadas, obtendo-se as “idéias centrais” e os discursos dos discentes, aqui designados de *sujeitos coletivos*, conforme Lefevre ⁽²⁰⁾. A partir da pergunta “O que te vem à memória ou o que você sabe sobre avaliação discente feita pelos docentes”. Assim, obtivemos 03 categorias consideradas mais importantes.

AValiação COM FUNCIONALIDADE POSITIVA

Nessa categoria buscou-se agrupar as representações dos discentes que atribuíam à “avaliação” uma funcionalidade positiva. Isso significa dizer que a avaliação aqui é interpretada como algo importante para o processo de construção de conhecimento do discente. Apesar desse reconhecimento, algumas considerações, aspectos e características são descritos pelos discentes como forma de validar essa funcionalidade da avaliação na sua formação profissional. Abaixo apresentamos as idéias centrais que compuseram essa categoria.

Idéia central – Avaliação é um processo responsável e coletivo

Discurso do sujeito coletivo 1: “Avaliar exige responsabilidade. Responsável porque é uma faculdade séria e tradicional que tem na maioria das vezes professores de boa postura, com experiência e cumplicidade com o trabalho.”

Discurso do sujeito coletivo 5: “Avaliação é um compromisso com a boa qualidade do processo ensino-aprendizagem.”

Discurso do sujeito coletivo 13: “Os professores devem criar parâmetros pré-definidos de avaliação e repassá-los aos alunos. As notas devem ser discutidas com os alunos com a finalidade de proporcionar aprendizados e não punição.”

Idéia central – Em defesa da prova

Discurso do sujeito coletivo 18: “A prova é a avaliação mais importante porque avalia individualmente os conhecimentos que os alunos adquirem durante as disciplinas.”

Idéia central – Avaliação como integrante do processo de construção do conhecimento

Discurso do sujeito coletivo 2: “Avaliação é ampliação do conhecimento fundamentada no interesse do aluno. Exemplo: O trabalho final deve levar em consideração o interesse do aluno na grade curricular com fornecimento de referencial teórico pelos docentes, permitindo um aprendizado dinâmico com uma visão ampliada e com grande contribuição na formação.”

Discurso do sujeito coletivo 9: “A avaliação é uma forma do professor conhecer quais são as dificuldades do aluno e procurar atenuar tais dificuldades. Entretanto, para o aluno a avaliação se mostra inútil, na medida em que não existe na Escola uma metodologia de ensino que incorpore a correção de provas como parte do processo de ensino-aprendizagem.”

Discurso do sujeito coletivo 14: “Os alunos só têm acesso a sua prova por solicitação de revisão, isto dificulta o conhecimento dos erros. Ela deveria ser um instrumento utilizado pelo professor para melhorias no conhecimento dos alunos.”

Idéia central – Avaliação como um processo de mudança

Discurso do sujeito coletivo 3: “O importante na avaliação é rever tudo que foi feito como forma de gerar melhorias.”

Discurso do sujeito coletivo 4: “Avaliação é crescimento – através da avaliação podemos diagnosticar nossas dificuldades, daí trabalhá-las buscando a superação. Crescemos a partir da reflexão dos nossos erros.”

AValiação COM FUNCIONALIDADE NEGATIVA

Nessa categoria buscou-se agrupar as representações dos discentes que atribuíam à avaliação uma funcionalidade negativa. Isso significa dizer que a avaliação aqui é interpretada como uma barreira ou algo que interdita o processo de construção de conhecimento do discente. Algumas considerações, aspectos e características são descritos pelos discentes como forma de validar essa funcionalidade que são descritas a seguir.

Idéia central – Avaliação como pontual, rígida, generalizada e não-participativa

Discurso do sujeito coletivo 12: “A avaliação é injusta pelo fato de não cobrar o aprendizado dos alunos e sim dados decorados. As formas de avaliação são subjetivas, rudimentares e não dão um retorno ao aluno de suas dificuldades.”

Discurso do sujeito coletivo 21: (Pontual) “Quando o professor faz uma avaliação apenas pontual ele não

cria possibilidade do aluno discutir e tentar melhorar sua postura.”

Idéia central - Valorização do erro e do padrão

Discurso do sujeito coletivo 22: (Subjetiva) “Muitos professores colocam questões extremamente subjetivas nas provas e não aceitam as respostas dos alunos. Às vezes eles valorizam mais os nossos erros, do que os conhecimentos adquiridos ao longo das disciplinas.”

Idéia central - Avaliação como mensuração do conhecimento abordado nas situações de ensino, conteudista e restrita

Discurso do sujeito coletivo 6: “Avaliação é uma forma de medir o conteúdo aprendido.”

Discurso do sujeito coletivo 7: “Avaliação não “mede” o nosso conhecimento já que na maioria das vezes é uma tremenda “cola copia” dos livros. Não há discussão posterior à prova.”

Discurso do sujeito coletivo 8: “Há uma insistência em pedir nas avaliações conceitos de pé-de-página. Isso, não estimula em nada a construção do nosso conhecimento, estimulando o aluno a decorar.”

Discurso do sujeito coletivo 10: “Acredito que a aprendizagem ou o conhecimento é bem maior do que as respostas colocadas em uma prova. É preciso tentar inovar e considerar mais o conhecimento aplicado na prática.”

Discurso do sujeito coletivo 11: “As provas são cópias dos slides dados nas aulas. Avaliação não faz de nós pensadores ou atuantes da nossa prática profissional. Não consigo compreender a didática escolhida de avaliação com a prática e conhecimento cobrado do profissional no campo.”

Discurso do sujeito coletivo 15: “Avaliação são baseadas no “decoreba”, não formulam questões inteligentes que estimulam a capacidade de raciocínio dos alunos. As correções são feitas de forma injusta, pois às vezes os professores não ampliam a visão acerca dos assuntos, ficam presos a detalhes mínimos.”

Discurso do sujeito coletivo 17: “O que é cobrado nas avaliações não está de acordo com as aulas teóricas, que são dadas de maneira rápida em que os professores jogam os conteúdos nas salas de aula e cobram tudo nas provas.”

Discurso do sujeito coletivo 24: “As avaliações são mal elaboradas, pois não exigem dos alunos raciocínio lógico, somente decorebas do *Power-point* dado nas aulas. As questões são tão ridículas que se o aluno pensar um pouco mais suas questões são cortadas.”

Discurso do sujeito coletivo 25: (Memorização) “Infelizmente os docentes em suas avaliações exigem a memorização do conteúdo ministrado e não a utilidade prática do conhecimento.”

AVALIAÇÃO: SUBJETIVIDADE E AFETIVIDADE

Nessa categoria buscou-se agrupar as representações dos discentes que atribuíam à “avaliação” aspectos mais afetivos. Isso significa dizer que a avaliação aqui é interpretada como algo ainda muito imparcial, incompleta e pouco contempla as individualidades e a singularidade de

cada discente na sua trajetória da formação profissional. A seguir são descritas as idéias centrais que compuseram essa categoria.

Idéia central – Na hora de avaliar o aluno – E aí: o emocional não conta?

Discurso do sujeito coletivo 19: “Avaliando com pouco conhecimento sobre o aluno – os professores não se preocupam em manter uma relação de amizade. Não percebem que muitos alunos passam por problemas pessoais que influenciam a sua evolução na disciplina.”

Discurso do sujeito coletivo 20: (Memória) “Muitas vezes a nossa memória falha devido a ansiedade, o nervosismo e conseqüentemente não obtemos boa nota.”

DISCUSSÃO

As concepções pedagógicas, ao serem utilizadas para balizarem a ação educativa, em especial no processo de avaliação discente pelos docentes de Enfermagem, estão de certa forma propondo a construção de um perfil de sujeito. Esta ação educador/educando deverá ser compreendida de maneira muito clara, tendo em vista que o processo educativo terá sempre um objetivo a ser alcançado: a construção do Profissional Enfermeiro.

Nesse sentido, faz-se necessário que aquele que educa e, conseqüentemente, avalia tenha capacidade para escolher estratégias pedagógicas efetivas que possibilitem aos discentes o desenvolvimento de competências intelectuais, éticas, políticas e sociais para o aprimoramento da profissão, explicitados pelos discentes na categoria denominada, neste estudo *Funcionalidade Positiva*.

Outras expressões dos discentes evidenciaram movimentos internos de revisão de conceitos, concepções pedagógicas, recursos e instrumentos acerca da avaliação docente e da necessidade de construir relações sociais permeadas por saberes, práticas, sentimentos, emoções e princípios éticos, explicitados nas representações discentes descritas na categoria denominada, neste estudo *Funcionalidade Negativa*.

Nesse sentido um apontamento se faz necessário a partir da constatação de uma representação ambígua por parte dos discentes. Por um lado o desejo de uma avaliação mais participativa, processual e integrante do processo de construção de conhecimento e do outro o real, o concreto que se personifica em uma avaliação pontual, classificatória, eliminatória e improdutivo.

Assim, para que os alunos possam construir o seu próprio conhecimento e serem avaliados de forma compartilhada, citamos Bordenave & Pereira⁽⁸⁾ quando enfatizam que as estratégias ensino-aprendizagem devem levá-los a:

- formular problemas e questões que de algum modo lhes interessem, os envolvam, ou que lhes digam respeito;
- entrar em confronto experiencial com problemas práticos de natureza social, ética, profissional, que lhes sejam relevantes;
- participar com responsabilidade do processo ensino-aprendizagem;
- permitir e ajudar a transferir o que aprenderam, a outras circunstâncias e situações de vida;
- suscitar modificações em seu comportamento.

A avaliação considerada como punição e falta de *feed-back*, foi apontado pelos discentes e categorizada por nós como *Funcionalidade Negativa*. O caráter punitivo geralmente presente na avaliação ainda muito praticada nas Escolas, precisa ser abolido, e é necessário que seja proposta uma avaliação com base no pensamento de Paulo Freire. Essa proposição segundo Cartanab⁽²⁾ é de que a Escola realize avaliações dialogadas internas, quanto ao estabelecimento e alcance de seus objetivos, e externas, nas relações que mantém com a comunidade e com os órgãos oficiais responsáveis pela educação.

Segundo Holffmann⁽⁴⁾ os entraves no diálogo entre professores e alunos, devem ser considerados como positivos na busca da reciprocidade. Nessa interação, cada um acaba por captar diferentes sentidos construídos pelo outro, sendo que muitos deles não se expressam verbalmente. O professor precisa aprender a falar a linguagem dos alunos e a interpretar suas solicitações, suas posturas, suas expressões de agrado e desagrado em relação ao seu fazer. O professor ao avaliar seus alunos deve dar-lhes *feed-back*, discutindo conteúdos, observações e ou ação realizadas, fornecendo informações adicionais, detectando suas dificuldades, estimulando sua reflexão crítica e a correção de seus erros.

Entre diversas formas de estratégias pedagógicas já experimentadas, difundidas^(1, 2, 3, 4) e que podem melhorar as questões de subjetividade e afetividade no processo de avaliação destacam-se:

- a) encontros interdisciplinares e intersetoriais com os professores de todas as disciplinas dos diferentes semestres do curso;
- b) seminários desenvolvidos com o objetivo de proporcionar aos alunos um espaço sistemático que valorize a exteriorização de sentimentos, vivências, significados, crenças nas relações interpessoais e interdisciplinares nas situações acadêmicas e profissionais, assim como possibilitar o entendimento do vivido, o autoconhecimento e a busca do crescimento pessoal, o cuidado de si e dos outros, na construção da identidade profissional;
- c) transversalidade de temas como bioética, pesquisa, pensamento crítico, interdisciplinaridade, diferentes níveis de atenção à saúde, integrados no processo viver/morrer, autocrítica, relações interpessoais, grupais e a identidade profissional, contexto epidemiológico, aspectos legais da profissão, entre outros;
- d) transversalidade de conteúdos teórico-práticos envolvendo os três níveis de atenção à saúde, em todas as disciplinas;
- e) capacitação docente, promovida semestralmente, com o propósito de proporcionar aos professores momentos de reflexão e aprofundar a compreensão de temas relativos a avaliação dos discentes entre outros;
- f) integração docente-assistencial com o objetivo de possibilitar compreensão das disciplinas, da avaliação e da inserção do curso no Serviço;

- g) reuniões sistemáticas com discentes de cada nível, com o objetivo de avaliar as disciplinas e a percepção dos mesmos sobre o Plano Pedagógico criado um espaço de reflexão-ação de ambas as partes.

Isso posto, acreditamos que o processo de avaliação reivindicado neste estudo, pelos alunos, deve levar os docentes a diversificar as maneiras de avaliar, e a buscar permanentemente a reflexão sobre sua ação pedagógica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Destaca-se o caráter pedagógico da avaliação evidenciado nas falas dos discentes. Foi enfatizado que a avaliação sistemática e contínua no Curso de Graduação em Enfermagem da escola avaliada necessita ainda ser incorporada pelos docentes e discentes. Esse processo exige uma profunda reflexão sobre valores, crenças e informações acerca do tema. Exigirá um esforço institucional na formação de seu corpo docente e discente em temas relacionados à avaliação, em especial, em seus aspectos conceituais e metodológicos.

Cabe ressaltar ainda alguns pontos enfatizados por Demo⁽³⁾ a saber:

- a) avaliar o avaliador: este não pode exigir imunidade avaliativa, que logo se torna impunidade;
- b) o avaliado precisa entender como se dá o processo avaliativo: em particular precisa estar esclarecido sobre os critérios de avaliação;
- c) o avaliado precisa ter o direito de recalcitrar: a avaliação precisa ser feita de tal modo que o avaliado possa reagir;
- d) o avaliado deve poder refazer sempre o que fez de modo equivocado: avalia-se para garantir o direito de aprender;
- e) a avaliação deve ser pedagógica: significa que seu sentido crucial e único é garantir o direito de aprender; não pode ser feita de modo abrupto, agressivo, humilhante, mas no contexto da pedagogia igualitária;
- f) avaliar para promover: é fundamental que os alunos possam progredir, porque é direito e porque faz bem para o corpo e para a alma;
- g) toda avaliação é discutível: avaliação não pode incidir no argumento da autoridade, porque o saber pensar coaduna-se com a autoridade do argumento.

Os apontamentos manifestados pelos discentes trazem retornos positivos e, ao mesmo tempo, preocupação com o sistema de avaliação ainda aplicado por alguns docentes. É necessário que se tenha com clareza a visão de homem que se busca construir. Nesse sentido de redescoberta de si e do outro, necessário se faz buscar a luz das novas concepções pedagógicas, a construção de novos paradigmas desse processo avaliativo.

Ao concluirmos parte deste debate, esperamos sensibilizar os leitores, atores do cenário do ensino, para adoção de metodologias ativas que levem os docentes à reflexão sobre os conhecimentos expressos pelos alunos e a estes, à reflexão da oportunidade de reorganização e expressão da construção do conhecimento.

REFERÊNCIAS

1. Nietzsche EA. As Teorias da Educação e o Ensino da Enfermagem no Brasil. In: Saupé, R. Educação em Enfermagem. Florianópolis: Editora UFSC; 1998, p. 119-162.
2. Cartana MH. Avaliação em Projetos de Enfermagem – um modelo teórico. Florianópolis: Editora UFSC; 2002. p.17-46.
3. Demo P. Ser Professor é cuidar para que o aluno aprenda. Porto Alegre: Mediação; 2004. p.25-54.
4. Hoffmann J. Avaliar para promover – as setas do caminho. 6ª edição. Porto Alegre: Mediação; 2004.
5. Saul AM. Avaliação emancipatória. Desafio à teoria e a prática de avaliação e reformulação do currículo. São Paulo: Cortez; 1988.
6. Reibnitz KS. Profissional Crítica - Criativa em Enfermagem: a construção do espaço intercessor na relação pedagógica [tese]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2004.
7. Reibnitz KS, Prado ML. Criatividade e relação pedagógica: em busca de caminhos para a formação do profissional crítico-reflexivo. Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, 2003, jul/ago. 56 (4) 439-442.
8. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de Ensino: aprendizagem. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 1983.
9. Brasil. Ministério da Educação. Portaria INEP nro. 113. Diário Oficial de 09 de agosto de 2004, seção 1, pg. 26. [Citado em: 20 maio 2005]. Disponível em: www.mec.gov.br
10. Diligenti M. Avaliação no ensino superior e profissionalizante. Florianópolis: Mediação; 2002.
11. Jodelet D. As Representações Sociais. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2001.
12. Moscovici S. A Representação Social da Psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar; 1978
13. Moscovici S. Das Representações coletivas às Representações sociais; elementos para uma história. In: Jodelet D, Organizador. As Representações sociais. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2001. p. 45-66.
14. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. Petrópolis: Vozes; 2003.
15. Abric J-C. Abordagem estrutural das representações sociais. In: Moreira ASP, Oliveira DC. Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: Editora AB; 1998. p.27-37.
16. Abric J-C. O estudo experimental das representações sociais. In: Jodelet D. As Representações Sociais. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 2001. p.155-72.
17. Sá CP. A construção do objeto de pesquisa em representações sociais. Rio de Janeiro: Editora UERJ; 1998.
18. Sá CP. Núcleo central das representações sociais. 2ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
19. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 1991.

Recebido em: 01/12/2005

Aprovado em: 14/02/2006

ANEXO I – ROTEIRO DO QUESTIONÁRIO

Universidade Federal de Minas Gerais
Escola de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação – Curso de Doutorado

Nós alunos do curso de doutorado da Escola de Enfermagem da UFMG, Dener Carlos dos Reis e Selme Silqueira de Matos estamos desenvolvendo um estudo sobre concepções de avaliação no Curso de Graduação em Enfermagem. Para tal, gostaríamos de contar com a sua colaboração respondendo as questões descritas abaixo.

Período em que você está no Curso de Graduação em Enfermagem: _____.

1- Descreva abaixo quatro palavras que te vêm à memória ou que você sabe sobre avaliação discente feita pelos docentes?

() _____

() _____

() _____

() _____

2- Enumere as palavras citadas por você utilizando o parêntese acima. Utilize o numeral 01 para definir a palavra mais importante e assim sucessivamente, até a de menor importância que receberá o numeral 04.

3-Justifique a palavra que você escolheu como a mais importante sobre a avaliação discente feita pelos docentes.

Espaço livre para comentários sobre o tema

ÉTICA PROFISSIONAL: CONCEPÇÃO DE ALUNOS DE CURSOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM

PROFESSIONAL ETHICS: THE VIEW OF STUDENTS FROM A TECHNICAL NURSING COURSE

LA ÉTICA PROFESIONAL: LA CONCEPCIÓN DE LOS ALUMNOS DE CURSOS TÉCNICOS DE ENFERMERÍA.

Aparecida de Cássia dos Santos¹
Edirlei Machado dos Santos²
Leila Kauchakje Pedrosa³

RESUMO

Este é um estudo qualitativo, segundo a Modalidade da Estrutura do Fenômeno Situado, teve como propósito compreender a concepção de ética profissional de alunos de cursos técnicos de enfermagem de uma escola técnica profissionalizante. O estudo foi realizado em dois momentos: análise ideográfica e nomotética. A Análise realizada nos permitiu verificar que, a maior parte dos sujeitos acreditam que ética profissional se resume em respeitar o código de ética profissional e a legislação vigente. Dada a importância da ética profissional na formação de técnicos de enfermagem, acreditamos ser necessária uma reformulação do tópico, abordando o assunto de forma mais abrangente.

Palavras-chave: Ética Profissional; Ética de Enfermagem; Recursos Humanos de Enfermagem; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

This is a qualitative study, according to the Modality of the Structure of Situated Phenomenon, seeking to understand students' views of professional ethics on a technical nursing course. It included ideographic and nomothetic analyses, which led to the conclusion that most of the students believe that professional ethics is limited to following the code of ethics and the law. Because of the importance of professional ethics in the training of nursing technicians, we believe this issue needs to be reformulated giving it a greater scope.

Key words: Ethics, Professional; Ethics, Nursing; Nursing Staff; Nursing Care.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo según la modalidad Estructura del Fenómeno Establecido, cuyo propósito es comprender la concepción de ética profesional por parte de alumnos de cursos de enfermería de una escuela técnica profesional. El análisis ideográfico y el nomotético han permitido certificarse de que, en general, piensan que ética profesional es respetar el código de ética profesional y la legislación corriente. Con el resultado creemos que puede ser viable efectuar una nueva evaluación de la Ética Profesional en los cursos técnicos de enfermería buscando, así, enfocar mejor este tema.

Palabras clave: Ética Profesional; Ética de Enfermería; Auxiliares de Enfermería; Cuidados Básicos de Enfermería.

¹ Enfermeira. Aluna do curso de Pós-graduação em Formação Pedagógica e Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem. Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba

² Enfermeiro. Especialista em Saúde Pública, Professor do Centro Educacional Profissionalizante de Ouroeste-SP.

³ Enfermeira. Professora Doutora da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro, Uberaba.

Endereço para correspondência: Rua São Paulo, 623 Centro - Limeira do Oeste MG, Cep. 38295 – 000. E-mail: leila.kauchkje@terra.com.br

INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo deste tema emergiu a partir de nossa vivência enquanto docentes de cursos Técnicos Profissionalizantes de Enfermagem. Essa experiência nos fez refletir a necessidade de um estudo acerca da concepção de ética profissional para discentes de curso Técnico de Enfermagem.

Para uma maior compreensão do assunto fez-se pertinente uma breve revisão da literatura acerca do assunto. Aranha e Martins⁽¹⁾, afirmam que a ética é inerente à vida humana, sendo a ética um ramo da filosofia, de origem grega que caminha juntamente com o moral que é estabelecida por meio de regras que determinam o comportamento de um grupo social.

Para Felix⁽²⁾ et al.:

A ética é uma reflexão crítica sobre a moralidade. Mas esta não é puramente teoria. A ética é um conjunto de princípios e disposições voltados para a ação, historicamente produzidos, cujo objetivo é balizar as ações humanas. A ética existe como uma referência para os seres humanos em sociedade, de modo tal que a sociedade possa se tornar cada vez mais humana.

Com base na afirmação anteriormente referenciada, Brasil⁽³⁾ refere que o docente enfermeiro que atua na formação de profissionais de nível técnico necessita de uma visão crítica e global da sociedade, que permita aos alunos desenvolver competências específicas de sua área de atuação. Sendo assim, a atuação profissional da enfermagem se expressa na competência humana para o cuidar, em suas múltiplas dimensões teórico – científica, social, política e, sobretudo ética.

Portanto pode-se perceber que a ética está inerente à conduta humana dentro de um contexto pessoal e profissional.

... a ética ilumina a consciência humana, sustenta e dirige as ações do homem, norteando a conduta individual e social. É um produto histórico – cultural e, como tal, define o que é virtude, o que é bom ou mal, certo ou errado, permitido ou proibido para cada cultura e sociedade.⁽²⁾

Segundo essas autoras, ética, portanto significa tudo aquilo que auxilia a tornar melhor o ambiente para que seja este uma moradia saudável, considerando ética enquanto moradia humana. Dentro desse contexto Felix⁽²⁾ et al. salientam que a ética existe como cerne para os seres humanos em sociedade, de modo que a sociedade possa se tornar cada vez mais humana.

Para Angerami⁽⁴⁾, valores humanos como respeito, humildade, dedicação, dignidades caíram em desuso, esquecemos, portanto, do principal motivo de nosso trabalho, a pessoa, e nesse turbilhão somos levados a esquecermos – nos de nós mesmos. Com isso a ética das e nas relações interpessoais comenta o autor, vem sofrendo forte abalo, criando uma enorme lacuna nos sentidos profundos, da interação, dando assim margem para o aparecimento de posturas e condutas insensíveis.

De uma forma mais fragmentada, a ética também está presente dentro de todas as organizações e classes profissionais, sendo os elementos que os constituem que

determinam o que é ser ético ou não.

Desse modo, a reflexão de questões éticas do profissional consiste na consideração das orientações morais de cada cultura, dos comportamentos transmitidos socialmente, das configurações históricas da conduta e, ainda, das respostas socialmente dadas a pressões imediatas.⁽⁵⁾

Com relação, à ética profissional alguns autores a conceituam como sendo um conjunto de normas de conduta que deverão ser colocadas em prática no exercício da profissão. A ética profissional estudaria e regularia o relacionamento do profissional com sua clientela, permitindo dessa forma a dignidade humana e a construção do bem estar no contexto sócio cultural.^(1,2)

De fato a ética que conduz a ação do indivíduo na vida profissional não deveria se diferenciar daquela que o orienta na totalidade de sua experiência em sociedade, ou seja, nos diversos papéis que desempenha na vida social.⁽⁵⁾

Felix et al.⁽²⁾, salientam que: “a educação é também uma possibilidade e um impulso a transformação: desenvolvimento das potencialidades dos educandos, permitindo a estes uma maior compreensão da importância da ética no campo de atuação profissional.”

Portanto, como docentes nos preocupamos com a compreensão do significado da ética dentro desse contexto profissional. Considerando a enfermagem enquanto ciência e arte do cuidar, emerge então a preocupação com a competência e eficiência dos profissionais de enfermagem que estarão sendo formados, onde o agir é que determina a conduta profissional.

Dessa forma, considerando que a ética na enfermagem consiste em uma assistência humanizada, propomos a realizar esta pesquisa, cujo objetivo está explicitado a seguir:

OBJETIVO

Identificar o significado de ética profissional para alunos de Cursos Técnicos de Enfermagem.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Este estudo é do tipo qualitativo, uma vez que a pesquisa qualitativa valoriza o significado que os sujeitos atribuem aos fenômenos. Para tanto o fenômeno a ser interrogado precisa ser compreendido. A **Análise da Estrutura do Fenômeno Situado** se baseia na fenomenologia.

De acordo com Martins⁽⁶⁾:

Fenomenologia é neste século XX, principalmente, um nome que se dá a um movimento cujo objetivo precípua é a investigação direta e a descrição de fenômenos que são experienciados pela consciência, sem teorias sobre a sua explicação causal e tão livre quanto possível de pressupostos e de preconceitos.

Dentro deste contexto, Triviños⁽⁷⁾, afirma que a fenomenologia “é o estudo das essências buscando – se no mundo aquilo que está sempre aí, antes da reflexão, como uma presença inalienável, e cujo o esforço repousa em encontrar este contato ingênuo com o mundo.”

Martins⁽⁶⁾ refere que o ponto fundamental da fenomenologia está na descrição, não na explicação ou análise.

Para Garnica⁽⁸⁾, o que é dito na descrição converge para a vivência do fenômeno que se quer compreender, e a compreensão desse fenômeno fica mais nítida quanto maior for o esforço de perscrutá – lo, em análises.

Segundo Martins e Bicudo⁽⁹⁾:

A pesquisa fenomenológica está dirigida para significados, ou seja, para expressões claras sobre as percepções que o sujeito tem daquilo que está sendo pesquisado, as quais são expressas pelo próprio sujeito que as percebe. Ao se concentrar nos significados, o pesquisador não está preocupado com fatos, mas com o que os eventos significam para os sujeitos da pesquisa.

Destarte, Sanders⁽¹⁰⁾, salienta que a fenomenologia “... procura tornar explícita a estrutura e o significado implícito da experiência humana.”

CONSTITUIÇÃO DOS DADOS

Foram sujeitos da pesquisa alunos do 2º Módulo do curso Técnico de Enfermagem de uma escola de nível técnico – profissionalizante, situado ao noroeste do estado de São Paulo.

Através de inquérito buscamos coletar o significado de ética profissional para os alunos. Os alunos foram informados do objetivo da pesquisa, e a partir do consentimento livre e esclarecido destes, foi dirigida a seguinte questão norteadora: “Qual a sua concepção de ética profissional?”

As falas dos sujeitos foram manuscritas.

ANÁLISE DOS DADOS

Dentro desta pesquisa realizamos a análise ideográfica e a análise nomotética. Estes dois momentos da análise dos dados foram descritos baseando – se na obra de Martins e Bicudo⁽⁹⁾.

ANÁLISE IDEOGRÁFICA

Dentro desta análise as descrições dos sujeitos foram analisadas de forma individualizada.

Apresenta - se a seguir a compreensão dos pesquisadores, acerca das análises individualizadas dos discursos dos sujeitos de acordo com a concepção de ética profissional de alunos de cursos Técnico de Enfermagem.

Para a realização desta análise foi necessária sua leitura várias vezes, buscando desta forma identificar a essência que cada sujeito da pesquisa atribue ao fenômeno ética profissional.

Destarte, ficou evidenciado a atribuição de ética profissional para a maior parte os sujeitos como sendo saber guardar segredo profissional, acerca do que se vivência na prática do exercício profissional como pode ser percebido nos discursos abaixo:

“... não sair da entidade onde trabalha falando tudo que acontece na mesma...” (Discurso I)

“No meu conceito ética profissional é quando se sabe segredos da pessoa... E se também alguém tem algum problema não posso comentar com ninguém, mesmo que seja para favorecer a pessoa...” (Discurso II)

“... guardar sigilo respeitando os seus direitos de paciente, saber falar quando a necessidade de alguém

saber alguma coisa, ou quando pessoas correm risco com o sigilo...” (Discurso III)

“Ética profissional é o segredo que o profissional deve ter, nunca revelar a ninguém nada do que ouviu e nada do que viu em seu local de trabalho...” (Discurso VI)

“... você não pode falar o que acontece com o seu paciente... o que acontece no seu trabalho tem que ficar lá...” (Discurso VII)

“... ética profissional, é ser responsável com o cliente, não sair comentando o que viu das pessoas, saber ajudar, dar conselho, ouvir e guardar só pra si.” (Discurso VIII)

“... a ética nada mais é que manter o sigilo de segredos que nós profissionais devemos guardar para si mesmo...” (Discurso X)

“... saber guardar segredos...” (Discurso XII)

“... o sigilo profissional. Não sair por aí falando o diagnóstico do paciente para as outras pessoas.” (Discurso XIII)

“... requer que a pessoa saiba guardar segredo daquilo que se vê, principalmente na enfermagem...” (Discurso XIV)

Com estes discursos fica evidente a preocupação por parte dos sujeitos da pesquisa a ética profissional inerente ao sigilo profissional, ficando latente a preocupação em discernir quando revelar ou não um segredo profissional.

Em alguns discursos ainda aparece o respeito como uma forma de ética profissional, assim temos os seguintes discursos:

“... é respeitar o próprio companheiro de serviço, saber respeitar os direitos do paciente...” (Discurso I)

“É o respeito que você tem com o próximo de maneira de você conviver com as pessoas como profissional”. (Discurso IV)

“... respeito ao próximo...” (Discurso V)

“... dar o direito da pessoa perguntar o que quer e saber responder, mesmo que seja uma coisa grave, saber dar apoio e saber compreender...” (Discurso VIII)

“Ética profissional é respeitar pacientes e colegas de trabalho...” (Discurso XII)

“Ética profissional para mim é a responsabilidade que cada um tem que ter, o respeito ao próximo...” (Discurso XIII)

Portanto, diante dos discursos anteriores podemos verificar que ética profissional é vivenciada como respeito ao paciente, nos permitindo compreender que o aluno preste uma assistência de enfermagem de modo a respeitar os valores do paciente.

A responsabilidade é evidenciada em poucas falas como sendo uma concepção que emerge para alguns alunos em relação à ética profissional.

“... ética é ter responsabilidade no que faz, é saber aceitar os seus erros, nunca jogar a culpa em outra pessoa.” (Discurso III)

“... saber o que é certo ou errado...” (Discurso V)

Em três discursos, percebemos a concepção de ética profissional enquanto humanização da assistência de enfermagem e zelar pelo bom conceito da profissão e empatia.

“...tudo que você faz é com respeito e humanidade.”
(Discurso IV)

“... consiste em zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem.” (Discurso XI)

“... não fazer para os outros o que você não faria para você...” (Discurso XII)

Dentro do processo de cuidar a ética profissional emerge para estes sujeitos da pesquisa, como sendo inerente ao bom conceito da profissão, empatia, ou seja, cuidar do outro como gostaria de ser cuidado e a humanização da assistência de enfermagem.

Alguns sujeitos ainda caracterizaram ética profissional enquanto cumprimento do código de ética dos profissionais de enfermagem e legislação profissional.

“... a ética profissional nos mostra tudo que devemos fazer, o que podemos e não podemos, quando profissionais.” (Discurso V)

“Ética profissional é um conjunto de leis e direitos que devem ser seguidos retamente pelo profissional... é uma norma que da direitos ao profissional, também regras a ser seguidas.” (Discurso IX)

“... o profissional deve obedecer normas estabelecidas por um conselho ou grupo... consiste em condutas que não prejudiquem outro profissional, nem aqueles que receberá seus serviços.” (Discurso XI)

ANÁLISE NOMOTÉTICA

Esta análise refere-se a um “movimento de passagem do individual para o geral”. Nesta análise “O pesquisador precisa, em vista do que antes foi exposto, determinar que aspectos das estruturas individuais manifestam uma verdade geral e quais não os fazem”.⁽⁹⁾

Para estes autores existem alguns aspectos comuns em todas as descrições, ainda que não tenham sido descritas por todos os sujeitos.

De acordo com Garnica⁽⁸⁾, esta análise permite que as unidades significativas possam ser recortadas, permitindo ao pesquisador visualizar os depoimentos à luz de sua interrogação, por meio da qual pretende ver o fenômeno, que é olhado de uma dentre as várias perspectivas possíveis.

As convergências nas falas dos sujeitos vêm nos caracterizar como sendo a estrutura geral do fenômeno.⁽⁹⁾

A partir dos discursos dos sujeitos foi possível reunir as unidades de significado sob as seguintes categorias: **manutenção de sigilo profissional, competência, responsabilidade e respeito ao código de ética profissional, respeito ao paciente, bom conceito da profissão, respeito a outros profissionais, empatia e humanização na assistência.**

Dentro da análise nomotética foi possível identificar as convergências, divergência, e idiossincrasias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos discursos revela que os sujeitos desta pesquisa atribuem como significado de ética profissional a manutenção de segredos acerca do que se presencia no desempenho de suas funções. Dentro deste contexto fica evidente a preocupação dos alunos de curso Técnico de Enfermagem em discernir quando revelar ou não um segredo.

A ética profissional é vista ainda como competência no trabalho, responsabilidade e respeito ao Código de Ética Profissional de Enfermagem. A fala dos alunos torna explícita a concepção de ética voltada para sua atuação profissional.

Nas falas pôde – se perceber que ética profissional é vivenciada como respeito ao paciente, nos permitindo compreender que o aluno preste uma assistência de enfermagem de modo a respeitar os valores do paciente.

Dentro do processo do cuidar a ética profissional emerge para alguns sujeitos da pesquisa, como sendo inerente ao bom conceito da profissão, empatia e humanização da assistência de enfermagem, caracterizada pela preocupação do aluno em prestar uma assistência humanizada e não apenas tecnicista.

Alguns discentes ainda revelaram em suas falas a importância do respeito que deve haver entre os demais profissionais de saúde, nos mostrando a importância da integração entre a equipe multiprofissional.

Visto que a pesquisa revelou na maioria dos discursos dos sujeitos, uma preocupação iminente com sua atuação profissional, acreditamos ser pertinente uma reavaliação acerca da disciplina de Ética Profissional, nos cursos técnicos de enfermagem, visando assim uma abordagem mais humanizada deste tema.

Dentro deste contexto Bakshtanovsky *apud* Fontinele Junior⁽¹¹⁾ comenta que: “A ética que não serve para tornar a vida mais humana é como a Medicina que não serve para curar”.

Com este pensamento fica claro compreender que ética é uma reflexão sobre o comportamento prático, norteando, uma assistência do cuidar de enfermagem, num vislumbre de uma perspectiva mais ampla, mais aberta, mais acessível à existência humana.

O autor ainda refere que ao falar em ética na área da saúde se completa em abordarmos a Bioética, ramo moderno da moral, que pretende organizar os direitos do paciente, estudo sistemático da conduta humana no âmbito das ciências da vida e da saúde.

Fontinele Júnior⁽¹¹⁾ afirma que, o Código de ética de enfermagem, se apresenta com um conjunto de normas a serem cumpridas, ele não traz explicitamente a importância da humanização da assistência, sendo, pois, interessante lembrar que o próprio código de ética de enfermagem tem como referência e influência a Declaração Universal dos Direitos do Homem, o Código de Ética do Conselho Internacional de Enfermeiros, o Código de Ética da Associação Brasileira de Enfermagem, o Código de Deontologia de Enfermagem e a Declaração de Helsinque.

Como enfermeiros – docentes percebemos na prática docente um compromisso não puramente profissional, mas também social, assim considerado a real defini-

ção de ética. Podemos admitir que uma abordagem pedagógica problematizadora na atuação nos traz a visão sobre a forma de trabalhar questões complexas como foi abordado nesta pesquisa.

Foi gratificante compreender a preocupação dos sujeitos da pesquisa, mas fica evidente a importância de uma reavaliação acerca do ensino sobre tal tema pesquisado.

Para cada um de nós, que temos vidas com “caminhos tramados” para hoje serem profissionais da saúde, fica a lembrança de que como denominador comum da nossa saga profissional cotidiana, todos temos esse mesmo ser humano, como alvo primordial de nossa atenção.⁽⁴⁾

REFERÊNCIAS

1. Aranha MLA, Martins MHP. *Filosofando: introdução à filosofia*. 2ª ed. São Paulo: Editora Moderna; 1993. p. 273-82.
2. Felix TB, Souza V, Prates R. *Ética*. [Citado em: 20 ago.2003]. Disponível em: <http://www.unai.ada.com.br/ética>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. *Formação pedagógica em educação profissional na área da saúde: enfermagem: núcleo contextual: educação trabalho profissão 4 projeto de profissionalização dos trabalhadores da área de enfermagem*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. p.43-62.
4. Angerami VA, Feijoo AMLC, Chiatton HBC. *A ética na saúde*. São Paulo: Pioneira; 1997. p.182.
5. Ribeiro ACT. *Ética na ciência: aspectos sociológicos*. In: Palácios M, Martins A, Pegoraro OA. *Ética, ciência e saúde: desafios da bioética*. Petrópolis: Vozes; 2002. cap. 2, p.62-75.
6. Martins J. *Um enfoque fenomenológico do currículo: educação como poíeses*. São Paulo: Cortez; 1992. p.50-3.
7. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas; 1982.
8. Garnica AVM. Algumas notas sobre pesquisa quantitativa e fenomenologia. *Interface – Comun. Saúde Educ*. 1997 ago.; 1 (1): 109-19.
9. Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: EDUC; 1989. p.91-110.
10. Sanders P. Phenomenology: a new way of viewing organizational research. *Acad Manag Rev*. 1982; 7 (3): 353-60.
11. Fontinele Júnior K. *Ética e bioética em enfermagem*. 2ª ed. Goiânia: Editora AB; 2002.

Recebido em: 07/12/2004

Aprovado em: 30/08/2005

PROCESSO DE HUMANIZAÇÃO E A TECNOLOGIA PARA O PACIENTE INTERNADO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

HUMANIZATION PROCESS AND TECHNOLOGY FOR PATIENTS IN AN INTENSIVE CARE UNIT

PROCESO DE HUMANIZACIÓN Y TECNOLOGÍA PARA EL PACIENTE INTERNADO EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA

Daniela Couto Carvalho Barra¹

Anelice Della Justina²

Jane Fonseca de Lacerda Bernardes³

Fabiola Vespoli⁴

Ula Rebouças⁵

Matilde Meire Miranda Cadete⁶

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que tem como objetivo analisar a conciliação do processo de humanização e o uso da tecnologia para o paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva. O período escolhido para o levantamento bibliográfico compreendeu os últimos 11 anos, ou seja, de 1993 a 2003. As fontes de dados utilizadas foram: LILACS, BDENF, possibilitando, após uma leitura criteriosa dos resumos e artigos, construir quatro categorias: O uso da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico: ótica dos profissionais e dos clientes; O descuido no espaço da UTI; A humanização na UTI: um caminho em construção e Cuidado humanizado: amar ao próximo como a si mesmo. Este estudo permitiu-nos afirmar que é necessária uma postura crítica e reflexiva sobre a utilização da tecnologia na UTI, e que o enfermeiro deve ser presença humanizada junto aos doentes.

Palavras-chave: Avaliação de Processos (Cuidados de Saúde); Cuidados de Enfermagem; Pacientes Internados; Tecnologia; Unidades de Terapia Intensiva

ABSTRACT

This is a bibliographical review to analyze the conciliation of humanization and the use of technology for patients in intensive care units. The period chosen was the last eleven years, that is, 1993-2003. The sources used were: LILACS and BDENF, which made possible a careful reading of abstracts and articles and building four categories: the use of technology in the diagnostic-therapeutic process; the point of view of health workers and of patients; carelessness inside the ICU; humanization in the ICU; a path in construction and humanized care: loving your neighbor as yourself. This study means we can say that a critical and reflected position is needed with regard to the use of technology in ICUs, and that nurses must be a humanized presence to patients.

Key words: Process Assessment (Health Care); Nursing Care; Inpatients; Technology; Intensive Care Units

RESUMEN

Se trata de una investigación bibliográfica cuyo objeto es analizar la conciliación del proceso de humanización y el uso de la tecnología con pacientes internados en una unidad de terapia intensiva. El período seleccionado para el relevamiento bibliográfico incluyó los últimos 11 años, es decir, de 1993 a 2003. Las fuentes de datos fueron: LILACS y BDENF. Después de una cuidadosa lectura de resúmenes y artículos, se pudieron construir cuatro categorías: Uso de la tecnología en el proceso diagnóstico-terapéutico: óptica de los profesionales y clientes; Descuido en el espacio de la UTI; Humanización en la UTI: un camino en construcción y Cuidado humano: amar al prójimo como a uno mismo. Este estudio nos permite afirmar que hay que adoptar una postura crítica y reflexiva ante la utilización de la tecnología en la UTI y que el enfermero debe ser una presencia humanizada para los enfermos.

Palabras clave: Evaluación de Procesos (Cuidados de Salud); Atención de Enfermería; Pacientes Internos; Tecnología; Unidades de Terapia Intensiva.

¹ Enfermeira Intensivista. Enfermeira UTI Hospital Madre Teresa - Belo Horizonte/MG

² Enfermeira Intensivista. Coordenadora Geral de Enfermagem do Hospital Madre Teresa - Belo Horizonte/MG.

³ Enfermeira Intensivista. Enfermeira UTI do Hospital Madre Teresa - Belo Horizonte/MG.

⁴ Enfermeira Intensivista. Coordenadora de Enfermagem da UTI do Hospital São Lucas - Belo Horizonte/MG.

⁵ Enfermeira Intensivista. Enfermeira do Hospital Madre Teresa - Belo Horizonte/MG.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Coordenadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Estácio de Sá - Belo Horizonte/MG. Docente do curso de Especialização em Terapia Intensiva da PUC-MG.

Endereço para correspondência: Rua Mediterrâneo, 242, apto 203, Córrego Grande, CEP: 88037-610 - Florianópolis - Santa Catarina
Telefone: 48 - 233-2743, E-mail: danyccbarra@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A industrialização trouxe consigo, além da modernização, o avanço tecnológico e a valorização da ciência em detrimento do homem e de seus valores.

A área da saúde também participou deste processo com a introdução da informática e o aparecimento de aparelhos modernos e sofisticados que trouxeram muitos benefícios e rapidez na luta contra as doenças.

Segundo Mezzomo⁽¹⁾, tem-se afirmado, e com razão, que o hospital é uma empresa das mais complexas. Isto exige, evidentemente, que ela seja dotada de uma estrutura sólida e racional, que, no entanto, não pode “mecanizar” ou despersonalizar os serviços que presta ao seu usuário, que é o paciente. Seria uma negação do princípio estabelecido e aceito da prioridade do paciente sobre a estrutura criada e mantida para o atender.

Na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), este processo tornou-se mais evidente justamente por este setor ser o que concentra os maiores avanços e recursos tecnológicos da área hospitalar.

Para Meyer⁽²⁾, a tecnologia, exatamente porque passa a ser entendida como sendo uma dimensão ou um desdobramento da racionalidade científica, a quem se vem também atribuindo uma gama de “erros” do tratar e do cuidar, começa a ser representada como força desumanizante tanto para cuidadores e cuidadoras quanto dos seres humanos que demandam cuidados.

De acordo com Hayashi e Gisi⁽³⁾ “O ‘habitat’ de um paciente da UTI é a versão da alta tecnologia, de uma luta cuja origem se perde no tempo: o homem contra a morte.” As autoras enfatizam que “ao não se dar conta onde termina a máquina e começa o paciente, a relação com a máquina pode tornar o cuidado de enfermagem um ato mecânico e o paciente ser visto como uma extensão do aparato tecnológico.”

Hudak, Gallo e Benz⁽⁴⁾ nos dizem que ser um paciente em uma unidade de cuidados intensivos é potencialmente mais amedrontador, mais solitário, mais confuso e, de certa forma, mais desumanizante que antes. Do mesmo modo, as dimensões do papel da Enfermagem neste ambiente mudaram. O papel é mais tecnológico, mais orientado fisiologicamente, mais intenso e com maior exigência intelectual que antes. Em virtude destas alterações, o aspecto do cuidado como a principal dimensão da Enfermagem tornou-se mais importante e cada vez mais ameaçado.

Silva⁽⁵⁾ faz os seguintes questionamentos: onde termina, hoje, o humano do corpo e começa a máquina? Ou, talvez, fosse melhor inverter a pergunta, sobretudo na área da saúde: onde termina a máquina e começa o humano? Ou, será, que ainda se pode cuidar do humano sem a interposição da máquina? Se desconectar das máquinas e equipamentos e deixar de implementar a multiplicidade de procedimentos e técnicas tecnologicamente fundamentadas que povoam e configuram os ambientes de trabalho, ainda se pode ser uma Enfermeira que promove cuidados?

A Associação de Medicina Intensiva Brasileira⁽⁶⁾ (AMIB) ressalta que a humanização é um processo que envolve todos os membros da equipe da UTI. A responsabilidade

da equipe se estende para além das intervenções tecnológicas e farmacológicas focalizadas no paciente. Inclui avaliação das necessidades dos familiares, grau de satisfação destes sobre os cuidados realizados, além da preservação da integridade do paciente como ser humano.

Ainda citando Hayashi e Gisi⁽³⁾, acredita-se que quando é relatado o cuidado humano de Enfermagem, refere-se ao cuidado que se leva em consideração o homem na sua totalidade, aquele que vai muito além do cuidado focalizado no risco biológico de perda da vida. Sendo a UTI local repleto de equipamentos de alta tecnologia, não é raro defrontar com excelentes técnicos, conhecedores exímios de aparelhos que eles manipulam com maestria, mas parecendo calouros na arte de confortar, de ir ao encontro das pessoas sofredoras que perdem sua identidade e são identificadas friamente como um caso ou como um número.

Não se questiona a importância da existência de um local onde a tecnologia possa ser colocada à disposição da manutenção da vida humana, onde a observação possa ser tão constante e intensiva, onde muitas situações possam ser revertidas a favor da vida. O problema que se questiona, ou o que parece ser necessário refletir, é até que ponto o progresso técnico-científico é “saúdável” e promove o crescimento e harmonização das pessoas. Parece imprescindível, então, que um dos aspectos que merece uma análise atenta em relação à implementação e ao uso de qualquer tecnologia, além de segurança, eficácia, ética, impacto social e relação custo-benefício, é a questão do trabalho humanizado, uma vez que, nos espaços de trabalho da equipe de saúde, presencia-se o cuidar inautêntico e impróprio, priorizando, muitas vezes, o arsenal tecnológico em detrimento da pessoa.

Diante desta realidade exposta, torna-se essencial o processo de humanização no atendimento ao paciente internado em uma UTI. Acredita-se que a humanização da assistência auxilia a diminuir os traumas do paciente, da família e norteia os profissionais envolvidos para uma assistência menos mecanizada e, sem menosprezar o valor da tecnologia, mais voltada para o cuidado. Este artigo servirá para elucidar os conhecimentos sobre o processo de humanização, o tratamento humanizado em Unidades de Terapia Intensiva e auxiliará na aplicação de tais conhecimentos para que o cuidado aplicado ao homem, mais especificamente, à saúde do homem, seja realizado de forma efetiva.

Nessa acepção, este artigo tem como objetivo geral, analisar a conciliação do processo de humanização e tecnologia para o paciente internado em uma Unidade de Terapia Intensiva.

E, como objetivos específicos identificar os pontos positivos e negativos do uso da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico, sob o ponto de vista dos enfermeiros e dos clientes internados em um Unidade de Terapia Intensiva e; compreender o significado do cuidado humanizado atribuído à equipe de enfermagem, descrevendo como essa assistência com alta incorporação tecnológica se expressa no contexto da terapia intensiva.

METODOLOGIA

Este estudo caracteriza-se como revisão bibliográfica temática e de atualização que, segundo Trentini e Paim⁽⁷⁾, a definição do tema, as questões de pesquisa, objetivos e sua implementação são atividades a serem desenvolvidas concomitantemente com o trabalho cotidiano.

Para tal, realizamos pesquisa bibliográfica restrita ao período de 1993 a 2003, ou seja, os últimos onze anos, via internet, nas bibliotecas da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG) - Belo Horizonte e na Universidade Estadual de São Paulo - São Paulo (USP-SP). Escolhemos as bases de dados: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e BDENF (Banco de Dados da Enfermagem).

Optamos ainda, para maior aprofundamento do conhecimento relativo ao tema abordado neste estudo, por incluir artigos contidos nos periódicos nacionais de Enfermagem. Pesquisamos, assim, os periódicos: Revista Texto & Contexto e Revista Brasileira de Enfermagem entre o período de 1993 a 2003.

O período delimitado para esta pesquisa deveu-se ao fato do grande interesse da área de enfermagem neste tema nas décadas passada e atual, onde foi constatado um grande número de publicações de artigos em revistas nacionais e internacionais, defesas de dissertações de mestrado e teses de doutorado, apresentações de trabalhos em congressos e seminários.

Os critérios para seleção dos artigos foram: aqueles publicados no período de 1993 a 2003; os escritos em língua portuguesa e; os que continham, inicialmente, em seus títulos e/ou resumos as seguintes palavras-chave: Enfermagem, Processo de Humanização e/ou Humanização em Terapia Intensiva e Tecnologia. Durante a etapa de seleção dos artigos, observamos que a combinação de somente três palavras-chave não foi suficiente. Portanto, posteriormente, foi necessária a utilização de outras palavras-chave para encontrarmos um número satisfatório de referências bibliográficas, entre eles: Terapia Intensiva, Saúde e Cuidado.

Do material obtido, num total de 84 artigos, procedemos à leitura de cada resumo/artigo destacando aqueles que respondiam ao objetivo deste estudo, a fim de organizar a tabular os dados. Posteriormente, realizamos leituras criteriosas do material selecionado, pontuando-os em formato de ficha resumo, procedido por uma análise crítica e a elaboração do texto final de cada artigo. Em sequência, extraímos os conceitos abordados e de nosso interesse, comparando-os e agrupando-os sob a forma de categorias empíricas.

A seleção dos artigos, bem como a leitura minuciosa dos mesmos, foi alicerçada também na nossa experiência de enfermeiras intensivistas. Assim, unidos por similaridade de conteúdos, construímos quatro categorias para análise: O uso da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico: a ótica dos profissionais e dos clientes; O descuido no espaço da UTI; A humanização na UTI: um caminho em construção e; Cuidado humanizado: amar ao próximo como a si mesmo.

RESULTADOS E COMENTÁRIOS

O USO DA TECNOLOGIA NO PROCESSO DIAGNÓSTICO-TERAPÊUTICO: a ótica dos profissionais e dos clientes.

No setor saúde, principalmente na área da terapia intensiva, observa-se um grande interesse, por parte de muitos pesquisadores, na investigação sobre o uso da tecnologia, visto que esta é, cada vez mais, utilizada no processo diagnóstico-terapêutico, passando a influenciar a visão da qualidade da assistência sob o ponto de vista dos prestadores e consumidores dos serviços de saúde.

Consideramos oportuno apresentar algumas discussões do estudo de Peixoto⁽⁸⁾ que realizou uma pesquisa junto aos enfermeiros de hospitais privados de médio e grande porte da região metropolitana de Belo Horizonte onde focalizou a visão desses profissionais sobre o uso da tecnologia no setor saúde.

Os principais pontos positivos da utilização da tecnologia são, segundo os enfermeiros: a precisão, rapidez e segurança no processo diagnóstico-terapêutico, representando 52,0% dos pontos positivos citados. A possibilidade de melhorar alguns indicadores hospitalares, tais como: média de permanência, taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar e custo, representam 17,7% dos pontos positivos. Quanto à possibilidade da tecnologia em melhorar as condições de trabalho, aumentar o nível de informação dos profissionais, constituindo-se num incentivo à atualização e possibilitar a elevação do nível dos profissionais, dando-lhes segurança, recebeu o percentual de 14,6%. Os outros aspectos considerados pelos enfermeiros se referiram à capacidade da tecnologia em aumentar a sobrevida dos pacientes (5,9%); em melhorar a qualidade da assistência (5,9%), bem como em transmitir segurança e tranquilidade aos pacientes (3,9%).

A pesquisa estabelece também os principais pontos negativos da utilização da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico, na perspectiva dos enfermeiros, que são aqueles relacionados à interação profissional/cliente, onde os enfermeiros relatam que a tecnologia distancia esta interação, "mecaniza" a assistência, interferindo na visão do "paciente como um todo".

Nessa pesquisa, segundo esses enfermeiros, a tecnologia interfere no significado e processo de trabalho do profissional de saúde de forma negativa. A influência da tecnologia no trabalho desses profissionais é explicada através da ênfase nas especializações e da grande dependência do profissional com relação à tecnologia, ao examinar o paciente, diagnosticar e interpretar os dados coletados. Esta situação, na ótica dos enfermeiros, limita e acomoda o profissional que passa, cada vez mais, a condicionar o seu trabalho ao uso da tecnologia.

Ainda foram mencionados os pontos negativos relativos às iatrogenias, tais como riscos, falhas e erros no uso da tecnologia, bem como relativos ao alto custo da tecnologia e à dificuldade de acesso à mesma pelas camadas menos privilegiadas da população brasileira; à possibilidade da tecnologia interferir de forma negativa na qualidade da assistência, de ser usada de forma abusiva, bem como de alterar os indicadores hospitalares, como

tempo de permanência e taxa de infecção hospitalar; e ainda outros pontos relacionados aos pacientes, tais como medo e insegurança na utilização da tecnologia.

Nessa mesma pesquisa, Peixoto⁽⁸⁾ focalizou, também, a visão dos usuários sobre o uso da tecnologia no setor saúde, destacando como principais pontos positivos da utilização da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico, aqueles relativos à precisão, rapidez e segurança (44,7%) e; às potencialidades da tecnologia em manter a vida (19,3%). Nesta categoria, o grupo inclui respostas que relacionavam a possibilidade da tecnologia em “salvar vidas”, “solucionar os problemas de saúde”, “controlar os sinais vitais”, “curar”, “garantir a vida”, entre outras da mesma natureza.

Alguns pacientes acreditaram que a tecnologia é positiva em si mesma, indicando sempre progresso, devendo estar sempre presente em termos quantitativos e qualitativos (11,4%). De acordo com os clientes, a tecnologia confere objetividade, rapidez e segurança ao trabalho do profissional de saúde, eliminando ou diminuindo a possibilidade de riscos, erros e falhas do profissional (9,7%).

Os pacientes referem-se ainda aos aspectos psicológicos como positivos, tais como a possibilidade da tecnologia em proporcionar “conforto mental”, “segurança”, “confiança” e “tranquilidade” (8,8%).

Os principais pontos negativos da utilização da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico, são, segundo os clientes, aqueles relativos aos riscos operacionais, ou seja, possibilidade de falhas e erros pelo mau uso. As iatrogenias representaram 35,8% dos pontos negativos mencionados.

O risco de contaminação e a maior possibilidade de infecção hospitalar, representam 16,4%; o “distanciamento” e a “frieza” na relação profissional/paciente, bem como a “substituição do profissional pela máquina”, e a transformação do processo diagnóstico-terapêutico em “linha de produção”, são pontos negativos da utilização da tecnologia e constituem 14,9%; o alto custo da tecnologia e a dificuldade de acesso da população foram apontados por 11,9% dos usuários entrevistados e, de acordo com os mesmos, a própria imagem dos aparelhos e equipamentos é considerado um fator negativo do uso da tecnologia.

Peixoto⁽⁸⁾ verificou, numa visão global, que das 181 respostas obtidas pelos pacientes, 63% se referiram a pontos positivos da utilização da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico.

Analisando os dados da pesquisa de Peixoto, percebe-se que a visão dos profissionais e clientes dos serviços de saúde, apesar da percepção de pontos negativos, tende ser otimista em relação ao uso da tecnologia. Sendo assim, concordamos com Bastos⁽⁹⁾ quando diz que a tecnologia facilita o fazer do enfermeiro, valorizando o seu trabalho e, utilizada no processo diagnóstico-terapêutico, pode ser benéfica, ajudando e facilitando a recuperação do paciente. É vista como algo importante, mas seu uso não pressupõe, necessariamente, uma assistência de boa qualidade, podendo, às vezes, se utilizar de forma indiscriminada.

O DESCUIDO NO ESPAÇO DA UTI

A observação do contexto real da terapia intensiva faz constatar a dicotomia existente entre a teoria e prática. Vila e Rossi⁽¹⁰⁾ constataram que, apesar de conceituarem o cuidado humanizado como respeito, amor, carinho, mantendo o diálogo, dando atenção à família, os entrevistados mencionaram atitudes, comportamentos e condutas que caracterizaram a UTI como um ambiente mecânico e desumano com o paciente, a família e a equipe de enfermagem. Apresenta-se no contexto do trabalho na Unidade de Terapia Intensiva uma série de nuances, concordâncias e contradições que se referem ao sistema cultural da prática do cuidar em enfermagem.

Uma realidade que se faz presente é a valorização da técnica em detrimento do cuidado, na qual prevalecem as ações mecânicas, rotineiras, centradas na execução de tarefas. O paciente, nestas circunstâncias, se encontra exposto à perda de identidade e à falta de privacidade. Apesar dos profissionais terem consciência da necessidade do cuidado humano, o cuidado técnico impera no ambiente da UTI. A estruturação de Unidades de Terapia Intensiva cada vez mais sofisticadas e burocratizadas é inevitavelmente despersonalizante. Pacientes estão à mercê de estranhos cujas funções e papéis desconhecem, de máquinas, de aparelhos de testes e rotinas totalmente desconectadas dos seus hábitos. O cliente torna-se somente um paciente a mais, outra patologia, outro tratamento, outro prontuário, ele é solicitado a descartar sua identidade e tornar-se um paciente⁽¹⁰⁾.

Segundo Silva⁽⁵⁾, não deixa de ser necessário e interessante fazer uma reflexão sobre o fato de que, apesar das discussões e posições teóricas sobre humanizar, ainda hoje é impressionante a flagrante violação dos direitos do homem e de sua dignidade. Ninguém questiona a importância da existência da tecnologia, porque ela, em si mesma, não é benéfica e nem maléfica, tudo dependerá do uso que se faz dela. A UTI precisa e deve utilizar recursos tecnológicos cada vez mais avançados, porém os profissionais não devem esquecer que jamais a máquina substituirá a essência humana.

O que se verifica é que existe uma enorme contradição entre o que é falado com o que é vivido. No contexto real, transparecem as raízes de um cuidado despersonalizado, centrado na execução de tarefas e agressivo com o paciente, a família e a equipe multiprofissional. Constatou-se que houve a prevalência das ações curativas, voltadas para a valorização das tecnologias. O objeto da enfermagem estava mais centrado na tarefa a ser executada do que com o paciente⁽¹⁰⁾.

Vila e Rossi⁽¹⁰⁾ ainda afirmam que o estresse e o cansaço causados pela sobrecarga de trabalho envolve o ambiente da UTI. Este é bastante instável, com dias tranquilos, mas também, dias agitados, com paciente graves, que exigem atenção e cuidado rigorosos de toda a equipe. O que se observa é que a equipe de enfermagem está, provavelmente, mais exposta a um nível de estresse que qualquer outra do hospital, porque deve lidar não somente com a assistência a seus pacientes e familiares, mas também com suas próprias emoções e conflitos. A UTI é uma unidade geradora de estresse, sendo as prin-

cipais manifestações apresentadas pela equipe a fadiga física e emocional, tensão e ansiedade.

A HUMANIZAÇÃO NA UTI: um caminho em construção

O aspecto humano do cuidado de enfermagem, com certeza, é um dos mais difíceis de ser implementado. A rotina diária e complexa que envolve o ambiente da Unidade de Terapia Intensiva faz com que os membros da equipe de enfermagem, na maioria das vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente.

Apesar do grande esforço que os enfermeiros possam estar realizando no sentido de humanizar o cuidado em UTI, esta é uma tarefa difícil, pois demanda atitudes, às vezes individuais, contra todo um sistema tecnológico dominante. A própria dinâmica de uma UTI não possibilita momentos de reflexão para que seu pessoal possa se orientar melhor.

Santos, Toledo e Silva⁽¹¹⁾ nos dizem que, por força dos efeitos negativos do ambiente sobre o paciente, a família e a equipe multiprofissional, uma série de estudos volta-se para a necessidade de humanização dos serviços que utilizam alta tecnologia.

Segundo Vila e Rossi⁽¹⁰⁾, o paciente internado na UTI tem necessidade de cuidados de excelência, dirigidos não apenas para os problemas fisiopatológicos, mas também para as questões psicossociais, ambientais e familiares que se tornam intimamente interligadas à doença física. A essência da enfermagem em cuidados intensivos não está nos ambientes ou nos equipamentos especiais, mas no processo de tomada de decisões, baseado na sólida compreensão das condições fisiológicas e psicológicas do paciente.

Torna-se importante abordar a necessidade de humanização do cuidado de enfermagem na UTI, com a finalidade de provocar uma reflexão da equipe e, em especial, dos enfermeiros. Entende-se que humanizar é uma medida que visa, sobretudo, tornar efetiva a assistência ao indivíduo criticamente doente, considerando-o como um ser biopsicossocioespiritual.⁽¹¹⁾

Para Medina e Backes⁽¹²⁾, no cotidiano assistencial, a equipe de saúde depara-se com diversas pessoas que possuem individualidade própria, problemas e características únicas, mas, muitas vezes, o profissional atende aos seus clientes com eficiência técnica, de forma automática, esquecendo-se que este ser apresenta sentimentos e é sujeito da sua própria história. Além de envolver o cuidado ao paciente, a humanização estende-se a todos aqueles que estão envolvidos no processo saúde-doença neste contexto, que são, além do paciente, a família, a equipe multiprofissional e o ambiente.

Outro fator relevante na construção de caminho humanizado é o estresse e o sofrimento vivenciados pelos profissionais de saúde que atuam na terapia intensiva. Inúmeras vezes, o relacionamento distante e frio é justificado como mecanismo de defesa, pelo sofrimento gerado aos enfermeiros quando se envolvem com pacientes e familiares. A importância de estender a atenção à equipe de enfermagem, ou melhor, cuidar de quem cuida, é uma condição necessária para melhorar a qualidade do cuidado na UTI.⁽¹⁰⁾

As autoras, Tanji e Novakoski⁽¹³⁾ nos dizem que a complexidade do cuidar só pode ser sentida quando executada seguida de um propósito; o cuidar de forma aleatória ou indiscriminada, torna-se um simples ato de prestar assistência sem direcionamento e sem fundamento.

Confirma-se que humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos são importantes, porém não mais significativos do que a essência humana. Esta, sim, irá conduzir o pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana, menos agressiva e hostil para as pessoas que diariamente vivenciam a UTI. A enfermagem, pela sua própria concepção, intensidade e frequência das atividades realizadas junto ao cliente, constitui um elo entre o cliente grave e o ambiente que o cerca.⁽¹⁰⁾

O que se observa atualmente é um distanciamento entre os profissionais da UTI e o paciente. A comunicação é inconsciente, o cuidado é impessoal e por que não dizer pouco humanizado. Há uma maior valorização dos aspectos científicos e da fisiopatologia sendo esquecidos o envolvimento, o calor humano e a humanização.⁽³⁾

Hayashi e Gisi⁽³⁾, citando diversos autores, observam que o cuidado de enfermagem e a humanização não são abordagens novas. Nos últimos anos, os profissionais da área da saúde estão se dando conta de que o aspecto da humanização é tão importante quanto às terapias realizadas, pois é no hospital onde se necessita da competência técnica aliada ao calor humano. Além disso, o atendimento humanizado pode influenciar positivamente nos resultados esperados quanto à recuperação do paciente.

Atualmente, um dos grandes pontos de discussão em terapia intensiva, de acordo com Nascimento e Caetano⁽¹⁴⁾ é a chamada “Humanização da Assistência”, ou seja, transformar este ambiente marcado historicamente como sendo um ambiente frio, hostil, melancólico, repleto de máquinas e aparelhos, em um ambiente harmonioso. Deste modo, falar em humanização dos serviços, como um direito do paciente, torna-se um desafio, uma busca de novos valores, principalmente em uma UTI.

Catarino, Cassiano e Silva⁽¹⁵⁾ afirmam que, no campo da saúde se acentua a dependência de novas e dispendiosas tecnologias. No entanto, precisa-se de um sistema que, mais do que pela excelência de instalações e novos equipamentos, seja resultante da interação entre a humanização e a excelência técnica. A qualidade global de um sistema de saúde deve ser resultante da complementaridade entre a excelência técnica e um comportamento afetivo e humanizado por todos os profissionais.

CUIDADO HUMANIZADO: amar ao próximo como a si mesmo

A proposta de humanização da assistência surge exatamente para combater esta impessoalidade no atendimento ao cliente, tornando a relação enfermeiro-cliente, sem abandonar a técnica necessária, uma relação de afeto e respeito mútuo.

Nessa perspectiva, os enfermeiros focalizam o cuidado humanizado na visão do doente, ou seja, colocando

do-se no seu lugar. Refere-se a um cuidado além de técnico, com uma certa dose de sentimento de respeito e dignidade pelo paciente e seus familiares. O cuidar, no entender de Vila e Rossi⁽¹⁰⁾, envolve verdadeiramente uma ação interativa. Essa ação e comportamento estão calçados em valores e no conhecimento do ser que cuida “para” e “com” o ser que é cuidado. O cuidado ativa um comportamento de compaixão, de solidariedade, de ajuda, no sentido de promover o bem, no caso das profissões de saúde, visando ao bem-estar do paciente, à sua integridade moral e à sua dignidade como pessoa.

Somente é possível humanizar a UTI partindo da nossa própria humanização. Os profissionais de enfermagem não podem humanizar o atendimento ao paciente crítico antes de aprender como ser inteiro e íntegro consigo mesmos. O encontro com o paciente nunca é neutro, sempre o enfermeiro consigo preconceitos, valores, atitudes, enfim, o sistema de significados culturais. Por isso, cuidar de cuida é essencial para se poder cuidar terapêuticamente de outros.⁽¹⁰⁾

Ao se projetar no lugar do outro, há uma tomada de consciência sobre si mesmo, ou seja, sente-se que é capaz de avaliar e escolher terapêuticamente como gostaria de ser tratado naquele momento. O cuidar humanamente significa “tratar o paciente como eu gostaria de ser tratado.”⁽¹⁰⁾

Para alcançar este nível de relacionamento entre enfermeiro e cliente, torna-se necessário buscar melhorias numa série de fatores.

O primeiro fator a ser observado deve ser a comunicação, ela é o elemento chave para uma humanização efetiva. Lopes et al.⁽¹⁶⁾, a partir de vários estudos, afirmam que somente pela comunicação é que o profissional poderá ajudar o paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, além de auxiliá-lo a encontrar novos padrões de comportamento.

Ao compartilhar algo sobre si mesmo, o doente leva ao conhecimento do enfermeiro os seus pensamentos e sentimentos acerca da doença e de outros problemas que ele vivencia naquele momento específico, estabelecendo-se assim a função terapêutica da comunicação.

Para que a comunicação seja estabelecida, muitas vezes se dispensa o uso das palavras, pois a disposição do enfermeiro para permanecer ao lado do cliente, mesmo quando este permanece em silêncio, demonstra, ao mesmo tempo, que ele é aceito, independente do fato de falar ou não. O cliente, sentindo-se aceito, amado e valorizado como pessoa, tende a experimentar segurança e confiança.

Para Vila e Rossi⁽¹⁰⁾, outro fator relevante no processo de humanização em uma UTI, diz respeito ao ambiente, onde vários enfermeiros citam que o ambiente deve ser o mais agradável possível e mais próximo da realidade. O ambiente tem influência direta no bem-estar do paciente, família e equipe multiprofissional. As estratégias que facilitam o contato, a interação e a dinâmica no contexto da UTI podem ser consideradas premissas básicas para o cuidado humanizado. O ambiente físico pode ser responsável pelo desenvolvimento de distúrbios psi-

cológicos, pela desorientação no tempo e no espaço, privação de sono devido ruídos constantes. Todos os aspectos que puderam ser melhorados neste sentido devem ser valorizados.

Humanizar aparece ainda, como o significado de manter a família informada e a preparação da mesma para entrar em uma UTI. A informação adequada, com palavras simples e condizentes com o nível sócio-cultural dos familiares, é um importante requisito de humanização do cuidado. A participação do enfermeiro junto aos familiares, além de possibilitar a visita aos pacientes internados na UTI, envolve o fornecimento de informações precisas, favorecendo o contato com a realidade.⁽¹⁰⁾

Ao refletirem sobre o significado cultural de cuidado humanizado, Vila e Rossi⁽¹⁰⁾ ressaltam que, tendo a cultura como um sistema de significados pelo qual os indivíduos percebem e compreendem o mundo que habitam, aprendendo a viver dentro dele, concluíram que a Enfermagem tem a responsabilidade e o compromisso ético e profissional de resgatar o sentido do seu agir, e isso só será possível a partir da conscientização de que o ser humano é capaz de buscar a si mesmo, a sua essência e, por consequência, buscar o outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando abordamos o cuidado humano dentro de uma unidade em que é essencial a existência constante da máquina, percebemos tratar-se de assunto muito rico e que, apesar de todas as dificuldades, tende a ser valorizado cada vez mais.

Assim, concluímos que a tecnologia oferecida nas Unidades de Terapia Intensiva, apesar de indispensável para propiciar uma melhor qualidade de vida ao paciente assistido, é insuficiente para tornar realmente efetiva a assistência ao indivíduo criticamente enfermo. Considerando que o paciente é um ser holístico, ele não pode deixar de ser observado com tal, pois seu estado emocional pode, na maioria das vezes, estar tão comprometido quanto o seu físico.

Resgatar a humanidade nas UTI's talvez seja voltar a refletir, cada vez mais conscientemente, sobre o que é ser humano. É verdade que não podemos questionar o surpreendente desenvolvimento tecnológico do mundo, mas isso não necessariamente implica a leitura de que as pessoas que vivem nesse mundo se tornaram mais afetivas, compreensivas, sensíveis e solidárias. A UTI precisa e deve utilizar-se dos recursos tecnológicos cada vez mais avançados, porém, nós, profissionais da UTI, não deveríamos esquecer que jamais a máquina substituirá a essência humana.

O papel do enfermeiro em uma UTI, quando ele opta pelo cuidado e não pela cura, ou seja, quando ele não tenta se tornar um “escravo” da tecnologia, mas aprende a usá-la a favor da harmonização do paciente, do seu bem-estar, fica mais claro sob alguns aspectos. Ele passa a valorizar a técnica por ela ser uma “aliada” na tentativa de preservar a vida, o bem-estar e o conforto do paciente. Não coloca em segundo plano “esses detalhes” de humanização, ao contrário, busca proporcionar um ambiente mais humanizado, no qual a harmonia e o respei-

to pelo humano sejam o objetivo principal da assistência ao paciente.

O respeito à individualidade do sujeito hospitalizado, o respeito às suas crenças e valores, o cuidado de modo único, propicia ao cliente hospitalizado o resgate de sua cidadania e, conseqüentemente, a humanização do ambiente.

Independente do uso da alta tecnologia, cabe ao enfermeiro manter esta presença humanizada e, diríamos ainda, carinhosa junto aos doentes. Exige-se em esforço diário para afastar das UTI's a atmosfera fria e triste e mostrar ao doente e à família que é possível, ainda que diante da dor e do sofrimento, manter a esperança, pois nós estaremos sempre ali para auxiliar no alívio da dor e na compreensão dos mecanismos que a rodeiam.

É importante ressaltar que nossa posição, embora não contrária à utilização da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico, está de acordo com aqueles que adotam uma postura crítica e reflexiva diante da mesma, visto que, ao nosso ver, é necessária uma avaliação de suas limitações, benefícios e uma adequação às necessidades dos usuários como um todo.

Concordamos com vários pesquisadores da área quando apontam a necessidade de supervisionar e controlar o uso da tecnologia na área da saúde, buscando racionalizar a aquisição e a incorporação de novas tecnologias. É importante, portanto, salientar que o avanço tecnológico na área da saúde é uma grande conquista, mas seria melhor associar esta tecnologia à humanização com vistas a obter resultados mais satisfatórios em relação ao bem-estar dos clientes.

REFERÊNCIAS

1. Mezzomo JC. Hospital Humanizado. Fortaleza: Premium; 2001.
2. Meyer DE. Como conciliar humanização e tecnologia na formação de enfermeiras/os? Rev Bras Enf 2002; 55 (2): 189-95.
3. Hayashi AAM, Gisi ML. O cuidado humanístico num contexto hospitalar. Rev Texto & Contexto Enf 2000; 9(2): 800-1.
4. Hudak MC, Gallo MB, Benz JJ. Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Atheneu; 1994.
5. Silva MPJ. Humanização em unidade terapia intensiva. In: Silva MPJ. Assistência de enfermagem ao paciente crítico. São Paulo: Atheneu; 2000. Cap. I, p.11-21.
6. Associação Brasileira de Medicina Intensiva (AMIB). Curso de humanização em terapia intensiva. Belo Horizonte, 2000.
7. Trentini M, Paim L. Pesquisa em Enfermagem: uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis: Editora da UFSC; 1999.
8. Peixoto MRB. O uso da tecnologia no processo diagnóstico-terapêutico: ótica do enfermeiro e do usuário. Rev Esc Enf USP 1994; 28(3): 257-69.
9. Bastos MAR. O saber e a tecnologia: mitos de um centro de tratamento intensivo. Rev Latinoam Enf 2002; 10(2):131-6.
10. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". Rev Latinoam Enf 2002; 10(2): 137-44.
11. Santos CR, Toledo NN, Silva SC. Humanização em unidade de terapia intensiva: paciente-equipe de enfermagem-família. Nursing (São Paulo) 1999; 57(6): 26-9.
12. Medina RF, Backes VMS. A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. Rev Bras Enf 2002; 55 (5):522-7.
13. Tanji S, Novakoski LER. O cuidado humanístico num contexto hospitalar. Rev Texto & Contexto Enf 2000; 9(2): 800-811.
14. Nascimento AR, Caetano JA. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. Nursing (São Paulo) 2003; 57(6):12-17.
15. Catarino J, Cassiano J, Silva RC. O respeito como princípio moral básico e princípio de enfermagem. Nursing (São Paulo) 1996; 9(99):95-99.

16. Lopes CLR, Barbosa MA, Teixeira MEM, Coelho RB. A comunicação profissional de saúde X cliente diante das novas tecnologias. Rev Bras Enf 1998; 51(1):53-62.

Recebido em: 06/04/2005

Aprovado em: 08/06/2005

A UTILIZAÇÃO DA VIA SUBCUTÂNEA COMO ALTERNATIVA PARA O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E HIDRATAÇÃO DO PACIENTE COM CÂNCER

THE USE OF THE SUBCUTANEOUS ROUTE AS AN ALTERNATIVE TO DRUG TREATMENT AND HYDRATION OF CANCER PATIENTS.

LA VIA SUBCUTÂNEA COMO ALTERNATIVA PARA EL TRATAMIENTO MEDICAMENTOSO E HIDRATACIÓN DEL PACIENTE CON CÁNCER

Juliana Balbinot Reis Girondi¹

Roberta Waterkemper²

RESUMO

Este artigo apresenta uma discussão teórica baseada em investigação bibliográfica e na prática das autoras sobre a utilização da via subcutânea como alternativa para o tratamento medicamentoso e hidratação do paciente com câncer. Teve como objetivo relatar experiência relacionada ao uso da via subcutânea no tratamento desses pacientes, numa instituição hospitalar pública, em Florianópolis - SC. Este estudo reporta-nos à necessidade de a importância da via subcutânea para o tratamento dos pacientes com câncer e o papel do enfermeiro na educação dos profissionais técnicos, paciente e família sobre os cuidados com a manutenção do sistema.

Palavras-chave: Injeções Subcutâneas; Hidratação; Educação em Enfermagem.

ABSTRACT

This article is a theoretical discussion based on a bibliographic review and the practice of the authors on the use of the subcutaneous route as an alternative to drug treatment and hydration of cancer patients. It intends to report experience in a public hospital in Florianópolis, State of Santa Catarina. This study shows the importance of this route and the role of nurses in educating health professionals, patients and their families on the maintenance of the system.

Key words: Injections Subcutaneous; Fluid Therapy; Education, Nursing.

RESUMEN

Este artículo presenta una discusión teórica basada en investigación bibliográfica y en la práctica de las autoras sobre la utilización de la vía subcutánea como alternativa para el tratamiento medicamentoso y la hidratación del paciente con cáncer. El objeto del estudio ha sido relatar nuestra experiencia con el uso de la vía subcutánea en el tratamiento de este tipo de pacientes en un hospital público de Florianópolis/Santa Catarina-Brasil. Este estudio nos indica la necesidad de repensar la importancia de la vía subcutánea para el tratamiento de pacientes con cáncer y el papel del enfermero(a) en la educación de los profesionales técnicos, paciente y familia sobre los cuidados con la manutención del sistema.

Palabras clave: Inyecciones Subcutánea; Fluidoterapia; Educación en Enfermería.

¹ Enfermeira Assistencial da Clínica Médica do Hospital Universitário e do Programa de Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Florianópolis; Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, Especialista em Enfermagem do Trabalho

² Enfermeira Assistencial da Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital do Centro de Pesquisas Oncológicas - Cepon; Professora Substituta da Universidade Federal de Santa Catarina; Especialista em Formação Pedagógica na Área da Saúde pelo Ministério da Saúde; Especialista em Gestão de Serviços de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina - SC

Endereço para correspondência: Rua: Luiz Gonzaga Valente, 1100. Bairro: Capoeiras; Cep: 88090-220; Florianópolis/SC
E-mail: robswater@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

A terapêutica oncológica sofreu, nos últimos anos, enorme desenvolvimento, aumentando significativamente a sobrevida após o diagnóstico inicial ⁽¹⁾.

No entanto, esse progresso no campo das técnicas de diagnóstico e terapêuticas, em muitos momentos, não tem acompanhado o grau de satisfação dos pacientes. Isso se deve, possivelmente, entre outras razões, ao fato de que o paradigma teórico em que é inspirado se sustenta mais nas enfermidades que nos próprios pacientes. Enfatiza-se que a enfermidade é algo de que padecem as pessoas. Logo, é fundamental encontrar procedimentos úteis que atendam pacientes como pessoa e não um substrato de onde se desenvolvem as doenças ⁽²⁾.

O ser humano é um ser tridimensional: com aspectos físicos, psíquicos e espiritual. Cada um desses substratos gera necessidades distintas que devem ser identificadas, valorizadas e tratadas de forma específica ⁽²⁾. Refletindo sobre essa idéia, entendemos que o paciente com câncer apresenta alterações físicas e psicológicas conseqüentes ao desenvolvimento da doença, diagnóstico e terapêutica que na maioria das vezes dificulta a implementação do tratamento medicamentoso e dietética, dificultando o controle do quadro clínico e sintomatologia.

A diminuição da ingesta oral é uma das freqüentes complicações do câncer avançado, podendo estar relacionada a uma variedade de causas como: náuseas e vômitos, anorexia severa, odinofagia, disfagia, lesões orais cavitárias, obstrução esofágica e intestinal, além de alterações neurológicas ⁽³⁾.

As náuseas e vômitos são sintomas significativos para os pacientes com câncer. Estima-se que cinquenta por cento (50%) ou mais, dos pacientes submetidos ao tratamento quimioterápico e um número similar destes com câncer avançado, experienciam tais sintomas. São mais comuns em pacientes sob tratamento quimioterápico, podendo ocorrer também sob tratamento radioterápico. As náuseas ocorrem mais freqüentemente na fase de descanso entre um ciclo e outro de quimioterapia e, também, com a progressão da doença.

Já os vômitos severos podem levar a uma perda significativa de fluidos e eletrólitos, induzindo a uma rápida perda de peso conseqüentemente a perda de líquidos. Assim, o déficit de volume causa desidratação de moderada a severa, podendo chegar de dois (2%) a oito por cento (8%). ⁽⁴⁾

A presença desses sintomas pode ocasionar efeitos psicofisiológicos negativos, afetando a qualidade de vida dos pacientes, levando à diminuição da ingesta hídrica, alimentar e à intolerância a ingesta de medicamentos, contribuindo para o aumento da desidratação e a interrupção do tratamento. ⁽⁵⁾

Durante a internação, além das condições do paciente, fatores como as condições do serviço e a disponibilidade dos profissionais de saúde podem interferir também na sua recuperação, refletindo-se na reorganização da família, inclusive no que diz respeito a seu aspecto emocional ⁽⁶⁾.

Entendemos que as condições físicas e psíquicas do paciente, durante a internação, podem sofrer influências

do meio e dos profissionais, pelas atitudes tomadas quando prestam o cuidado, e mesmo quando orientam um procedimento. Esses fatores influenciam o nível de ansiedade e a adesão aos tratamentos e cuidados propostos.

Quando a ingesta oral torna-se impossível para manter uma hidratação e/ou a terapia medicamentosa adequada, muitos pacientes debilitados e/ou com doença progressiva, recebem fluidos via parenteral. De acordo com a Associação de Cuidados Paliativos de Alberta ⁽⁷⁾, os pacientes podem se beneficiar com a hidratação parenteral administrada subcutaneamente se a via oral não for possível.

Durante os últimos anos, vêm ocorrendo inúmeros debates a respeito das conseqüências da desidratação no paciente com doença terminal, como: o desconforto versus as possibilidades de diminuição dos sintomas de estresse e têm sido apresentados argumentos favoráveis e contrários à administração de fluidos. A decisão de administrar fluidos deve ser individualizada e baseada em uma avaliação criteriosa, considerando problemas relacionados à desidratação, riscos potenciais e benefícios da reposição de fluidos, assim como o desejo do paciente e/ou família quanto à introdução dessa terapia. A complexidade e os desconfortos associados à administração de fluidos endovenosos, é um argumento limitante dessa via ^(3,8).

Atualmente novas técnicas de administração de fluidos têm sido desenvolvidas e redescobertas, como a hipodermoclise. A hidratação subcutânea, como via alternativa para contornar a desidratação e a continuação do tratamento, tornou-se uma técnica importante para reverter os problemas encontrados diariamente nesse tipo de paciente.

Porém ressaltamos que o surgimento de novas alternativas tecnológicas na área médica, assim como as mudanças da sociedade globalizada, trouxeram à vida das pessoas a característica do indivíduo como um ser que produz e que deve estar produzindo na sociedade em que vive, sem considerar o indivíduo como ser humano com história de vida, relações sociais enfim, um ser singular. Esse fator levou à compartimentalização do indivíduo, focalizando o atendimento à saúde para o nível biológico ⁽⁶⁾.

Neste artigo pretendemos compartilhar nossa experiência relacionada à utilização da via subcutânea como alternativa para o tratamento medicamentoso e hidratação do paciente com câncer e a importância do papel do enfermeiro na educação dos técnicos de enfermagem, paciente e familiares na manutenção dessa via. Inicialmente, faremos uma revisão bibliográfica do tema e, a seguir, a descrição da técnica de punção de um sítio subcutâneo, enfatizando o processo de educação para o cuidado.

METODOLOGIA

Para este estudo realizou-se uma revisão da literatura nacional e internacional no período compreendido entre 1988 a 2005, buscando as referências específicas sobre o tema em bases de dados e periódicos científicos da área da saúde.

A VIA SUBCUTÂNEA

O tecido subcutâneo é constituído de feixes conjuntivos, fibras elásticas, parte dos folículos pilosos, glândulas sudoríparas e grande quantidade de células adiposas que se alojam nos alvéolos formados pelo entrecruzamento das fibras elásticas. É neste ponto que a pele é fixada aos músculos e ossos. Trata-se de um tecido relativamente frouxo, o que permite que a pele seja movimentada ⁽⁹⁾.

As primeiras experiências com o uso da via subcutânea foram descritas pela primeira vez no ano de 1914, para administração de fluidos em pacientes pediátricos ⁽¹⁰⁾. Nos hospitais da Inglaterra (1979) pela primeira vez, o método foi utilizado em pacientes em fase terminal. Outras indicações de uso da via subcutânea, a princípio, foram para o controle de vômitos severos e obstrução intestinal ^(3,2). Porém, por volta de 1950, relatos de efeitos adversos severos associados com a infusão subcutânea contínua causaram o abandono dessa via ⁽¹⁰⁾.

Atualmente, essa técnica vem sendo bastante utilizada na área da oncologia, especialmente após o advento dos "Hospices".

A palavra Hospice, deriva do latim (hospes-itis), que significa casa destinada para albergar e receber peregrinos e pobres. Mas os "Hospices" não eram locais em que se cuidava dos moribundos mas sim lugares hospitalares onde se aconchegavam forasteiros e peregrinos. No entanto, alguns estavam tão doentes e feridos que acabavam morrendo ali, podendo esse cenário explicar a relação com os "Hospices" modernos ⁽²⁾.

Atualmente, vem aumentando o conjunto de sistemas de cuidados tipo "Hospices", representados pela unidade de internação, hospital dia, cuidados domiciliares e equipes de suporte. Dessa forma, a filosofia dos Hospices "é proporcionar uma atenção integral ao enfermo em situação terminal, um paciente de ninguém, um pestado, em um ambiente diferente ao puramente curativo dos hospitais de pacientes agudos, que se construiu com o passar dos tempos, na pedra angular da filosofia dos cuidados paliativos tipo "Hospice" ⁽²⁾.

Então, o enfoque holístico da assistência volta-se para a compreensão de que

"todo o ser humano não é somente um ente unidimensional, biológico puro, mas sim um indivíduo único em todos os planos de sua existência: física, psicoemocional, social, espiritual e intelectual" ⁽²⁾

O cuidado não deve voltar-se somente para o olhar clínico do paciente. É importante que o profissional perceba o paciente como alguém com necessidades e não, somente, as necessidades do paciente. Observando essa diferença conseguimos encontrar soluções, com o paciente, proporcionando um cuidado melhor e atender as suas necessidades. Um dos cuidados que ressaltamos é a orientação sobre a hipodermóclise.

A efetividade dessa técnica deve envolver a avaliação de uma equipe multiprofissional em conjunto com a decisão do paciente e familiares para a eficácia do tratamento proposto ⁽¹¹⁾.

A HIPODERMÓCLISE OU HIDRATAÇÃO SUBCUTÂNEA

A hipodermóclise ou hidratação subcutânea consiste na administração de grande quantidade de fluidos (500 a 2000ml em 24 horas), no espaço subcutâneo, de forma contínua ou intermitente, apresentando muitas vantagens em relação aos outros métodos de reposição de fluidos. A solução infundida pode ser de glicose cinco por cento (SG5%) ou fisiológica a zero virgula nove por cento (SF0,9%), podendo ainda conter eletrólitos nas doses normais preconizadas ^(12,13).

Como já existem no mercado soluções mistas, em nossa prática, utilizamos a solução de soro glicosifisiológico (SGF), que demonstra boa absorção e ausência de reações.

Trata-se de uma técnica de fácil manipulação no domicílio, podendo ser mantida por um membro da família, após orientação ^(3,2).

Indicações

As principais indicações para o uso da infusão subcutânea são: (a) náuseas e vômitos persistentes, (b) disfasia severa, (c) paciente muito fraco para utilizar drogas via oral e (d) má absorção alimentar ⁽¹⁴⁾.

Outras indicações compreendem ^(12, 15, 16,17):

- 1) uso intermitente: disfasia, obstrução intestinal, síndromes confusionais e altas doses de opióides via oral
- 2) uso contínuo: alteração do turgor da pele e da umidade (desidratação), acentuação da astenia e letargia, alteração da PA, debilidade severa, necessidade de sedação, intolerância a opióides via oral.

Contra-indicações ⁽¹²⁾:

- estado avançado de caquexia, por hipotrofia do tecido subcutâneo
- presença de foco infeccioso próximo ao local de punção.
- não aceitação do paciente/família

Vantagens do método ^(12, 14):

- técnica de fácil acesso, manuseio e manutenção hospitalar e/ou domiciliar;
- pode-se manter o paciente no domicílio, evitando-se a hospitalização;
- proporciona conforto, segurança e autonomia ao paciente/familiares, uma vez que não há necessidade de injeções repetitivas (múltiplas punções) na infusão contínua;
- a absorção da infusão é total, o que determina fidelidade da dosagem do medicamento utilizado;
- é menos doloroso que as vias endovenosa e intramuscular (por possuir menos terminações nervosas);
- a ação do medicamento infundido tem pico de ação plasmática em torno de 20 minutos;
- a infusão pode ser interrompida a qualquer momento, há menor risco de hiperhidratação, reduzindo a possibilidade de sobrecarga cardíaca
- diminui a restrição do paciente ao leito;
- evita infecções e espoliação da via endovenosa;

- facilita a alta hospitalar para pacientes desidratados ou em uso de medicação analgésica parenteral;
- nos casos de infusão contínua, não há picos ou falha na analgesia, devendo esta ser recarregada uma vez a cada 24 horas ⁽¹⁸⁾.

Medicamentos que podem ser utilizados pela via subcutânea

Os medicamentos que podem ser utilizados via subcutânea são ⁽¹⁴⁾:

- a) comumente: morfina, metoclopramida, haloperidol, hioscina e midazolam;
- b) ocasionalmente: dexametasona
- c) inaceitáveis: diazepam e clorpromazina

Além desses medicamentos, salientamos o uso de algumas medicações em infusão contínua, baseados em um estudo realizado sobre a prática da Infusão contínua nos Hospícios nos Estados Unidos. Por ordem de maior frequência as medicações mais utilizadas são: morfina, hidromorfona, haloperidol, midazolam, metoclopramida, hioscina, octreotida, meperidina, heparina, lorazepam, fenobarbital, atropina, hidroxizina, dexametasona, hialuronidase, fentanil, calcitonina, metotrimoprazina, difenidramina, fluidos para hidratação, prometazina, famotidina, furosemida, clorpromazina, fenitoína, ketamine, ondansetron, oximorfona, inaspsina e proclorperazina. Neste estudo, o diazepam é considerado como droga com possibilidade para uso subcutâneo ⁽¹⁰⁾.

Em nossa vivência utilizamos rotineiramente, baseados no que é recomendado pelo Ministério da Saúde Brasil ⁽¹²⁾ e Bruera, Fainsinger, Moore, Thibault, Spoldi e Ventafridda ⁽¹⁹⁾ as seguintes drogas:

- a) Intermitente: sulfato de morfina (Morfina), cloridrato de metoclopramida (Plasil/Eucil), ranitidina (Antak), haloperidol (Haldol), midazolam (Dormonid), naloxana (Narcan), ondansetron (Zofran), escopolamina bromidrato (Buscopan), furosemida (Lásix), methotrexate, adrenalina, hidrocortisona, fenobarbital, terbutalino (Bricanyl), soroglicofisiológico, dexametasona (Decadron),
- b) Contínuo: sulfato de morfina (Dimorf), metadona (Metadon), dexametasona (Decadron), midazolam (Dormonid),

Ressaltamos que o diazepam e a clorpromazina, não são utilizados pela via subcutânea em nossa rotina, pois esses medicamentos já apresentaram reações cutâneas locais confirmando a sua inviabilidade de uso por esta via.

Preferencialmente, para cada tipo de medicação, instala-se um sítio subcutâneo. No entanto, quando isto não é possível, podem-se utilizar algumas medicações pela mesma punção, conforme compatibilidade específica e saturação e/ou irritação local..

Apresentamos no Quadro I as drogas compatíveis e administráveis na mesma punção de sítio subcutâneo ⁽¹²⁾:

Ainda a título de curiosidade, apresentamos as associações de medicamentos que podem ser utilizadas em combinação (na mesma solução infundida), de acordo com o Guidelines for the use of hipodermoclastis – Cross Cancer Institute ⁽²⁰⁾:

- 1) morfina, hialuronidase, clorpromasina, cloreto de potássio;
- 2) morfina, hialuronidase, clorpromasina, methotrimoprazina;
- 3) aminofilina, hialuronidase, hidrocortisona
- 4) fenobarbital, hialuronidase;
- 5) levorfolamol, cimetidina, hialuronidase e dexametasona.

Ressaltamos que em nossa prática não possuímos esta experiência.

Complicações

Embora não sejam comuns complicações relacionadas à utilização do sítio subcutâneo, destacamos, a seguir, algumas delas que podem vir a ocorrer ⁽²¹⁾:

a) Sistêmicas: geralmente são inerentes ao tipo de medicações que se usam, devendo ser tratadas individualmente, como por exemplo: urticária causada pela utilização da morfina.

b) Locais: granuloma, irritação da pele, (hiperemia, calor local e edema), sangramentos discretos (no caso de paciente com histórico de discrasias sanguíneas), saturação do local de punção e infecção.

Quadro I - Drogas compatíveis e administráveis via subcutânea

C= compatível N= não compatível

Drogas compatíveis por via SC	Metoclopramida	Morfina	Midazolam	Dexametazona	Ranitidina	Haloperidol	Prometazina	Octreotide
Metoclopramida	C	C	C			C	C	
Morfina	C	C	C	C	C	C	C	C
Midazolam	C	C	C	N	N	C	C	
Dexametazona		C	N	C	C	N		C
Ranitidina		C	N	C	C			
Haloperidol	C	C	C	N		C	C	
Prometazina	C	C	C			C	C	
Octreotide		C						C

Locais de punção do sítio subcutâneo

Para a infusão de grande quantidade de líquidos ou para a administração de medicação intermitente, é importante que se escolham regiões com maior quantidade de tecido subcutâneo. Preconizam-se as seguintes regiões para a punção: região infraclavicular e face anterior e posterior do músculo deltóide. Já os quadrantes superiores e inferiores abdominais devem ser evitados por desconforto do paciente e pior acesso, porém há autores que consideram esta região adequada para a infusão subcutânea^(2,4).

Em nossa prática temos utilizado como rotina as regiões: infraclaviculares, quadrantes abdominais e vastos laterais de coxa. Percebemos que a tolerância de cada região para a infusão varia conforme as condições gerais de cada paciente e volume infundido.

Os locais de punção da via subcutânea podem ser^(12, 16):

- 1) Uso Intermitente: Região de Giba, Região lombar no quadrante interior externo e terço superior interno do braço, Região periumbilical com 2 cm de distância, utilizando angulação de 90° graus.
- 2) Uso Contínuo: Região infra clavicular (bilateral), Região abdominal (6cm a 8cm ao redor da cicatriz umbilical), Região do vasto lateral da coxa bilateral (cerca de 4 dedos acima do joelho e 4 dedos abaixo do trocânter), utilizando-se a angulação de 30° a 45° graus.

Dispositivos utilizados para punção do sítio subcutâneo

O dispositivo mais utilizado e com menor custo é o *butterfly*.

Os catéteres de teflon poderiam ser utilizados por apresentarem menor risco de trauma cutâneo, porém apresentam maior grau de dificuldade para a punção e manipulação e têm custo elevado. Além disso, alguns pacientes referiram não perceber diferença entre os dispositivos quando posicionados corretamente.⁽³⁾

A duração de um sítio subcutâneo com agulha de teflon (onze dias) é maior do que com o *butterfly* (cinco dias). Este tempo de duração é variável podendo a agulha de teflon permanecer de um até vinte e sete dias⁽²²⁾.

O calibre do *butterfly* utilizado para punção deve ser 25 G ou 27 G, sendo estes utilizados frequentemente em crianças ou pacientes caquéticos⁽²⁾.

Procedimento de instalação do sítio subcutâneo⁽¹²⁾

O procedimento de instalação do sítio subcutâneo realizado em nossas rotinas, tem como referência as normas preconizadas pelo Instituto Nacional do Câncer.

Material necessário para punção:

- bandeja
- luva de procedimento
- algodão embebido em álcool a 70% (para antisepsia)
- dispositivo tipo Scalp ou butterfly no 25 ou 27 (para punções contínuas) ou agulha 13X4,5 (para punções intermitentes)

- fita para fixação tipo micropore ou filme transparente
- medicação prescrita
- tesoura
- solução intravenosa conforme prescrição, se necessário
- equipamento para administração contínua de fluidos (Bomba de infusão)
- material para tricotomia, se necessário

Reunir todo o material e proceder da seguinte forma⁽¹²⁾:

- lavar as mãos;
- orientar paciente/familiares sobre o procedimento;
- eleger a melhor área para realização da punção;
- preencher o intermediário do scalp com a medicação prescrita e/ou solução salina, (lembrando que 0,5ml preenchem o intermediário);
- realizar antisepsia do local a ser puncionado; fazer a prega subcutânea com o dedo polegar e médio, introduzindo a agulha em angulação de 30° a 45° graus.
- fixar as asas do dispositivo, com fita micropore ou filme transparente, protegendo a inserção da agulha, conforme fotos abaixo;
- administrar a medicação lentamente;
- identificar a punção com: data, horário, calibre do dispositivo, medicação utilizada e o responsável pelo procedimento;
- ajustar o fluxo da Bomba de Infusão, em caso de hidratação e/ou terapêutica medicamentosa contínua;

Observações importantes durante a realização do procedimento

- Ao realizar a punção do tecido subcutâneo, não superficializar e nem aprofundar a agulha para que o bisel não fique posicionado na região intradérmica ou intramuscular;
- Não puncionar áreas próximas a locais de irradiação e/ou focos infecciosos;
- Um novo local de punção deve estar a uma distância mínima de cinco (5) centímetros do local anterior;
- Observar e orientar o paciente/família sobre a presença de hiperemia, calor e edema local, que são sinais de irritação tecidual ou infecção. Neste caso a punção deve ser trocada.
- Monitorar e orientar o paciente quanto a sinais de febre e/ou calafrios em relação ao local da punção quanto a presença de edema, eritema persistente, dor e presença de secreções;
- Avaliar e estimular o paciente/família, diariamente, a observar o local da punção para detectar sinais de acúmulo como: formação de pápula;
- Caso isto ocorra, pode-se utilizar 400 UTR de Hialuronidase.

Para que haja uma adequada absorção subcutânea dos fluidos infundidos, utiliza-se uma enzima denominada de hialuronidase. Essa enzima atua hidrolizando o ácido hialurônico da barreira intersticial, originando sua ruptura temporária, permitindo uma rápida difusão e absorção dos fluidos. A concentração da hialuronidase varia segundo alguns autores como: a concentração de 600 U para cada litro de soro glicofisiológico e 300 U para 500ml^(2,3).

Em um estudo publicado comparando o uso de 300 U de hialuronidase e 150 U para 500ml de soro, observaram-se poucas diferenças nos efeitos adversos e a escolha do paciente, sugerindo que a concentração de 150 U para 500ml de soro fosse a dose efetiva^(2,3,7).

Em nossa experiência profissional, utilizamos a dose de 400 UTR de hialuronidase (Frasco ampola com 2000 UTR/5ml), para 500ml de soro glicofisiológico, na vazão de 20 a 40ml/h dependendo da tolerância subcutânea de cada paciente.

Observamos que os pacientes mais caquéticos apresentam intolerância a vazão de 40ml/h, indicando a diminuição da vazão para 20ml/h. Porém, alguns pacientes com tecido subcutâneo eutrófico também apresentam intolerância a vazão de 40ml/h, sendo necessária a diminuição da mesma.

EDUCANDO O PACIENTE, A FAMÍLIA E OS PROFISSIONAIS PARA O CUIDADO

A educação do paciente, da família e dos profissionais de saúde é uma atitude vital para que se consiga o sucesso no manejo do sistema de hidratação e/ou tratamento medicamentoso do paciente com câncer. É uma tecnologia de cuidado de enfermagem que visa proporcionar às famílias e aos pacientes uma participação ativa na manutenção desse sistema. Acreditamos que o relacionamento terapêutico que permite a educação, torna-se uma ferramenta relevante para a troca de informações e a manutenção do cuidado nesta ocasião.

A ausência de relacionamento emocional do profissional de saúde agrava as dificuldades enfrentadas pela família, assim como seus sentimentos, potencializando as condições de sofrimento psíquico⁽⁶⁾.

Dessa forma, a falta de sensibilidade do profissional no momento de relacionar-se com o paciente e a família, levam a um processo educativo pouco efetivo e menos humano. Por este motivo, destacamos a importância de se estimular um relacionamento profissional mais voltado para a necessidade de compreensão e adesão do paciente e família ao tratamento e não só o cuidado específico para o procedimento. Perceber o cuidado de enfermagem por esse ângulo é permitir a realização do cuidado mais humanizado.

Como necessidade cada vez mais presente de se combater a contradição imposta pela tecnologia, pela sociedade e a impessoalidade do cuidado, o Ministério da Saúde lançou em 2000 o programa de humanização dos Serviços de Saúde, buscando a melhoria das relações entre os profissionais e pacientes através do acolhimento, da valorização da comunicação entre os envolvidos nos serviços e a inclusão da família como co-participante no

processo terapêutico, resgatando a dignidade, singularidade e integralidade⁽⁶⁾.

Este novo olhar sobre a interação paciente, família e profissional da saúde, é entendido como um momento em que duas pessoas (paciente/família e profissional) ou três (paciente, família e profissional) se reconhecem como indivíduos singulares, com necessidades particulares, que podem divergir entre si, quanto à maneira de pensar e agir, assim como quanto às dúvidas, anseios, e inseguranças individuais. Essa interação e respeito pelo outro, são formas facilitadoras do processo educativo para o cuidado. É importante que o enfermeiro discuta esta necessidade com os profissionais técnicos de enfermagem, sensibilizando-os para um cuidado voltado ao respeito pelo outro, diminuindo a impessoalidade do cuidado e melhorando a interação do profissional que cuida com o ser cuidado mesmo no processo de ensino para o uso da via subcutânea para hidratação e/ou terapia medicamentosa.

O vínculo e o acolhimento podem ser utilizados como instrumentos de "porta de entrada", para a educação, em que o profissional pode passar pequenas orientações aos familiares de maneira adequada e humana. Essa atitude pode aliviar, mesmo momentaneamente, as condições de sofrimento trazidas pelo contexto da vivência da doença e da internação, além de proporcionar tranquilidade à família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebemos que utilizar o tecido subcutâneo como alternativa para tratamento medicamentoso e hidratação do paciente oncológico é uma tecnologia que traz muitos benefícios ao cliente e permite melhor adesão ao tratamento.

Consiste numa técnica de fácil aplicabilidade e manutenção, em ambiente hospitalar e domiciliar. Além disso, há de se considerar a questão financeira, pois seu custo é relativamente baixo. No entanto, algumas questões devem ser refletidas pelo profissional antes da sua utilização. É necessária uma investigação do conhecimento que o paciente e/ou cuidador possuem acerca da dor, da doença e das intervenções terapêuticas possíveis, que julgam ser importantes, bem como o esclarecimento da realidade que se apresenta.

A atuação do enfermeiro neste momento é imprescindível, uma vez que estará interferindo no processo educativo dos profissionais técnicos e para o estímulo do auto-cuidado do paciente e o cuidado da família, o que certamente é uma atitude fundamental para a eficácia de todo o tratamento.

Enfatiza-se que:

"a comunicação com o paciente com câncer apresenta peculiaridades relacionadas ao fato de se estar em contato com uma doença que historicamente representa ameaça à vida"⁽¹⁾.

Por isso, a importância de a enfermagem ajudar a romper esse paradigma. E isto, será realmente possível quando o paciente perceber que a pessoa que está cuidando dele, preocupa-se com seu conforto e o respeita

como ser humano, pois isso é cuidar, é humanizar o cuidado, é fazer cuidados paliativos.

É fundamental nos instrumentalizarmos continuamente, buscando conhecimentos, habilidades e atitudes, para podermos promover mudanças e garantir um cuidado de Enfermagem qualificado e digno ao paciente com câncer e sua família, pois a mudança só ocorrerá quando conscientes atuarmos de acordo com as necessidades identificadas.

REFERÊNCIAS

1. Brentani MM. et al. Bases da oncologia. São Paulo: Lemar; 1998
2. Imedio EL. Enfermeria en cuidados paliativos. Madri: Panamericana; 1998.
3. Steiner RN, Bruera, E. Methods of hydration in Palliative Care Patients.[on line] Journal of Palliative Care 1998; 14(21):6-13 [Citado em: 28 fev. 2002] Disponível em: <http://www.planetinternet.be/~henl805/voeding/voedart5.htm>
4. Gates RA, Fink, RM. Oncology nursing secrets. Philadelphia: Hanley e Belfus, 1997.
5. Fainsinger RL, Tara ME, Miller MJ et al. The use of hypodermoclysis for rehydration in terminally ill cancer patients. Journal of Pain and Symptom Management 1994; 9(7):298-302.
6. Pinho LB, Kantorski LP, Erdmann AL. Práticas de cuidado em uma unidade de emergência: encontros e desencontros segundo familiares de pacientes internados. REME – Rev Min Enfermagem, 2005; 9 (1): 7-12.
7. Alberta Palliative Care Handbook. Hydration [Citado em: 28 fev. 2002]. Disponível em: http://www.albertapalliative.net/APN/PCHB/07_Hydration.html
8. Bruera E, Legris MA, Kuehn N, Miller M. Hypodermoclysis for administration of fluids and narcotic analgesics in patients with advanced cancer. Cancer Pain Relief Committee. Journal of Pain and Symptom Management 1990; 5 (4):218-20
9. Potter PA, Perry AG. Grande Tratado de enfermagem prática: clínica e prática hospitalar. São Paulo: Santos; 1997.
10. Herndon C, Fike D. Continuous Subcutaneous infusion: practices of United States Hospices. Journal of Pain and Symptom Management 2001; 22 (6):1027-34
11. National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services. Artificial hydration (AH) for people who are terminally ill. European Journal of Palliative Care 1997; 4(4): 124
12. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Cuidados Paliativos Oncológicos. Rio de Janeiro: INCA; 2001.
13. Bruera E, Stoutz ND, Fainsinger RL, Spachinsky K, Almazor MS, Hanson J. Comparison of two different concentrations of hyaluronidase in patients receiving one-hour infusions of hypodermoclysis. Journal of Pain and Symptom Management 1995; 10(7):505-9.
14. Twycross RG, Lack SA. Terapêutica em Câncer Terminal. Porto Alegre: Artes Médicas; 1991.
15. Consenso Nacional de Dor Oncológica. Sociedade Brasileira para Estudos da Dor (SBED); Associação Brasileira de Cuidados Paliativos (ABCP); Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC). São Paulo: EPM- Editora de Projetos Médicos; 2002.
16. Bruera E, Brenneis C, Perry B, MacDonald RN. Continuous subcutaneous administration of narcotics for the treatment of cancer pain: A Guidelines to Continuous subcutaneous infusion. Cross Cancer Institute. Alberta: Knoll Pharmaceuticals Canada; 1987.
17. Moulin DE, Johnson NG, Parsons NM, Geoghegan MF, Goodwin VA, Chester MA. Subcutaneous narcotic infusions for cancer pain: treatment outcome and guidelines for use. Can Med Ass J 1992; 146 (6): 891-7.
18. Coyle N, Mauskop A, Maggard J, Foley KM. Continuous subcutaneous infusions of opiates in cancer patients with pain. Oncology Nursing Forum (ONF) 1986; 13(4):53-7.
19. Bruera E, Fainsinger R, Moore M, Thibault R, Spoldi E, Ventafridda V. Local toxicity with subcutaneous methadone. experience of two centers. Pain 1991: 1-3
20. Cross Cancer Institute. Guidelines for the use of hypodermoclysis. Rockyview General 1991; 15(54): 2-7
21. Bruera E, Brenneis C, Michaud M, Bacovsky, Chadwick, Emeno A and MacDonald N. Use of the subcutaneous route for the administration of narcotics in patients with cancer pain. Cancer 1988; 62: 407-11
22. Macmillan K, Bruera E, Kuehn N, Selmser P, Macmillan A. A prospective comparison study between a butterfly needle and a teflon cannula for subcutaneous narcotic administration. Journal of Pain and Symptom Management 1994; 9(2): 82-4.

Recebido em: 25/11/2005

Aprovado em: 14/02/2006

INFLUÊNCIA DAS AVÓS NO DESMAME PRECOCE: OLHANDO A FAMÍLIA

THE INFLUENCE OF GRANDMOTHERS IN EARLY WEANING: A LOOK AT THE FAMILY

INFLUENCIA DE LAS ABUELAS EN EL DESMAME PRECOZ: OBSERVANDO A LA FAMILIA

Marizete Argolo Teixeira¹
Luzia Wilma Santana da Silva²

RESUMO

A amamentação sofre influências que acabam por desencadear o desmame precoce, destacando a influência das avós. Este trabalho tem como objetivo, identificar estudos que abordem a influência das avós no desmame precoce e confrontá-los com a prática das pesquisadoras. Metodologia: pesquisa bibliográfica e análise comparativa da prática assistencial. Resultados: demonstraram a convergência do encontrado na literatura com a experiência das pesquisadoras. Conclusão: promover, proteger e apoiar o aleitamento materno para nutrízes e avós poderá contribuir para o sucesso da amamentação. Sugere o desenvolvimento de estratégias sensibilizadoras intergeracional, para o compartilhar de saberes que reforcem a importância do ato de amamentar.

Palavras-Chave: Aleitamento Materno; Família; Desmame; Cuidados de Enfermagem; Prática Profissional.

ABSTRACT

Breastfeeding is subject to influences which can bring about early weaning, and is greatly affected by the influence of grandmothers. This work, which is a bibliographical survey and a comparative analysis of healthcare, has the objective of finding studies that examine the influence of grandmothers in early weaning and compare them with the practice of the researchers. The results showed an agreement between the findings in the literature and the experience with researchers. To promote, protect and support breastfeeding with the mothers and grandmothers can contribute to the success of breastfeeding. We suggest strategies that cover generations, such as sharing knowledge to reinforce the importance of breastfeeding.

Key words: Breast Feeding; Family; Nursing; Care; Professional Practice

RESUMEN

Hay algunos factores que influyen en la amamentación y terminan colaborando con el desmame precoz. Entre ellos podemos citar la influencia de las abuelas. El objeto de este trabajo es identificar estudios que enfoquen la influencia de las abuelas en el desmame precoz y compararlos con la práctica de las investigadoras. Metodología: investigación bibliográfica y análisis comparativo de la práctica asistencial. Resultados: la práctica coincide con la literatura. Conclusión: promover, proteger y apoyar la lactancia materna entre nodrizas y abuelas podrá contribuir al éxito de la amamentación. Se sugiere desarrollar estrategias que afecten las distintas generaciones con miras a compartir conocimientos que refuercen el acto de amamentar.

Palabras clave: Lactancia Materna; Familia; Destete; Atención de Enfermería; Práctica Profesional.

¹ Enfermeira. Professora Auxiliar do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Especialista em Saúde da Mulher. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Bolsista da FAPESB - Bahia, Brasil. Membro do Núcleo de Pesquisa e Estudos do Quotidiano, Imaginário e Saúde - NUPEQUIS/UFSC e do Grupo de Pesquisa Cuidando e Confortando.

² Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia - UESB. Mestre em Enfermagem pela UNIRIO/UESB. Doutoranda em Enfermagem área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade da Universidade Federal de Santa Catarina - PEN. Bolsista - CAPES. Membro do Grupo de Estudos sobre Cuidados de Saúde de Pessoas Idosas-GESPI/UFSC.

Endereço para correspondência. Rua Procópio Manoel Pires, 84/101. Bairro Trindade Florianópolis/SC. CEP: 88.036.090. E-mail: marizete@uesb.br

INTRODUÇÃO

São inúmeras as vantagens e benefícios que a prática da amamentação oferece, tanto para o crescimento e desenvolvimento de lactentes do ponto de vista biológico e psicossocial, como para a mãe, a família, a sociedade e o planeta. Neste último por ser o ato de amamentar uma ação ecológica. Contudo, mesmo com todas estas vantagens e benefícios, percebemos que a prática da amamentação vem sofrendo diversas influências, que proporcionam desestímulos para as mães que desejam amamentar seus filhos, o que acaba por ocasionar, não raras vezes, o enfrentamento na dinâmica familiar.

A família, pela sua ação de promotora de cuidados e gerenciadora das relações interfamiliar, acaba por ver-se como mediadora para intercambiar relações de valores culturais inter e transgeracional. Esta afirmação parte de nossa experiência ao realizar ações de promoção de saúde, com gestantes, puérperas, mães e familiares em grupos de gestantes, unidades de alojamento conjunto, unidades básicas de saúde, unidades de saúde da família e domicílios, nos quais percebemos que as avós são respeitadas, tem papel significativo no convívio familiar, exercendo certo grau de influência sobre suas filhas e noras, para que sigam seus conselhos e seu modo de vida e cultura, nos cuidados referentes aos membros da família, principalmente, no processo de amamentação.

As avós participam ativamente nos cuidados às filhas, noras e netos em processo de amamentação, interferindo às vezes, de modo a desestimular esta prática, quando ao exercerem os cuidados, trazem consigo os conhecimentos e experiências adquiridas durante o momento em que viveram e aleitaram os seus próprios filhos, muitas vezes permeados por mitos, crenças, tabus e valores enraizados e culturalmente aceitos no contexto histórico vivido pelas mesmas. Dentre estes, podemos citar leite fraco, pouco, não sustenta a criança, o bebê chora porque está com fome, os peitos vão cair, leite salgado, o bebê rejeitou o leite materno, o leite artificial é que alimenta, dentre tantos outros.

Por estes significados serem tão arraigados pelas avós e em sendo estas respeitadas e valorizadas pelas filhas e noras, ocorre, que durante o período puerperal, quando a puérpera encontra-se emocionalmente mais sensível, as avós terminam por influenciá-las com seus conceitos pré-concebidos sobre a prática do aleitamento materno, incentivando o uso de chás, mamadeiras, chupetas, leite artificial e até preparados com amido, contribuindo desta forma consciente e/ou inconscientemente para o desmame precoce.

Neste contexto, a avó no desejo de contribuir para a saúde familiar, ao cuidar do neto (a), acaba por colocar a família em estado de “desequilíbrios”. Estes compreendidos como momentos de instabilidade na relação/ interação familiar na sua dinâmica cotidiana entre o casal, o recém-nascido e a unidade familiar.

Tal situação despertou-nos o interesse em buscar estudos que enfocassem a influência das avós na prática do aleitamento materno e sua influência na relação familiar, também no desmame precoce que pudessem subsidiar o nosso saber-fazer profissional ao cuidar da unidade familiar.

O CONTEXTO DE NOSSA INQUIETAÇÃO

A cada ano nascem quatorze milhões de crianças, das quais um milhão e meio estarão mortas antes de completarem um ano de idade, ou seja, mais de uma morte a cada trinta segundos. A desnutrição continua sendo o fator responsável por mais da metade destes quatorze milhões de mortes nas crianças nos países em desenvolvimento ⁽¹⁾. Segundo o Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF este índice poderia ser reduzido, em grande parte se a amamentação não fosse interrompida precocemente ⁽²⁾.

Outro estudo de referência diz respeito ao realizado sobre a Prevalência de aleitamento materno nas capitais brasileiras e no Distrito Federal em 1999 e publicado no Informe Saúde (MS) em julho de 2000, a prevalência média do aleitamento materno em crianças de seis meses é de 69,0%; em 1996, esse índice era de 59,8%, conforme a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS); e, em 1989, de 49,9%, segundo a Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN), mostrando-nos um aumento significativo nos índices de aleitamento materno em crianças brasileiras menores de um ano nos últimos 10 anos, porém a prevalência de aleitamento materno exclusivo é de apenas 1,1 mês ⁽³⁾.

O leite materno é uma substância extraordinária e insubstituível, que contém nutrientes e enzimas balanceadas, além de substâncias imunológicas, fatores de crescimento epidérmico, que se ajustam adequadamente para promover todas as mudanças necessárias na criança. O ato de amamentar transcende o prisma biológico, da promoção nutricional e adaptação da criança. Ele supre as necessidades emocionais, tornando a mãe a primeira professora de amor de seus filhos ⁽³⁾.

O Ministério da Saúde preconiza que este alimento natural deve ser dado de forma exclusiva até os seis meses de idade, quando devem ser introduzidos os alimentos complementares, e que deve-se continuar com a amamentação até os dois anos de idade ou mais da criança, pois “inúmeras pesquisas têm demonstrado o efeito protetor do leite materno contra a mortalidade e morbidade infantis, assim como sua importância na construção do emocional do ser humano, assegurando sua sobrevivência com qualidade de vida futura” ^(4,5)

Mesmo as pesquisas demonstrando que a prática do aleitamento materno tem colaborado para a diminuição da morbimortalidade infantil, o desmame vem ocorrendo precocemente, pondo em risco a vida da criança e sua integridade psicofísica. Apesar de ser esta uma das formas mais baratas e eficazes de reduzir a desnutrição e, conseqüentemente, diminuir a morbimortalidade infantil.

A compreensão desta realidade nos coloca no dever ético de profissional da área de saúde, em apoiar, promover e incentivar o aleitamento materno, tornando-nos conscientes de sua importância, porém respeitando as decisões do ser mulher – mãe e dos seus familiares.

A mulher precisa ser amparada para poder amamentar de forma prazerosa e obter sucesso com a amamentação ao ver seu filho crescendo e desenvolvendo-se saudável, precisa, também ser apoiada pela sociedade, por seus familiares e, dentre estes, as avós que são

extremamente importantes nesta fase de vida de suas filhas ou noras, ou seja, da mulher-mãe-nutriz, uma vez que elas assumem o papel de cuidadoras e se sentem responsáveis pelos cuidados a serem dispensados ao binômio mãe-filho.

O ato de cuidar, para elas, é algo natural que foi sendo incorporado às demais atividades domésticas, pois “no desenvolvimento dos trabalhos com as crianças a mãe se utiliza à ajuda da filha e quando esta tem seus filhos, sua mãe e outras parentas mulheres a ajudam. A rede se completa quando se torna avó e passa a ajudar suas filhas”^(5:83), transformando-as em verdadeiras cuidadoras de seus membros familiares. O processo de cuidar em família então, é um valor singular e enraizado no contexto histórico familiar visto que, podemos concluir, que o elemento organizador da vida familiar e de seus ciclos é o cuidado dos filhos. A chegada do primogênito traz novas identidades: transforma o casal em família, o marido em pai, a esposa em mãe e os pais em avós. De um lado, a celebração familiar, do outro, as dificuldades e os medos comuns sobre como lidar com o bebê recém-chegado.^(6:65)

Deste modo, as novas responsabilidades amadurecem o caráter, e a auto-estima fortalece-se com o orgulho muito especial para a condição de pais na estrutura familiar e das avós em ver seu descendente e poder participar diretamente de seu desenvolvimento em continuidade ao ciclo vital familiar. O princípio norteador da família leva a compreendê-la como a continuidade geracional, de tradições e valores socialmente constituídos na estrutura familiar.⁽⁷⁾

A família é a primeira unidade grupal de pertença do indivíduo; e nesta delineia-se as características individuais de seus membros num princípio de hierarquização, mediado por valores culturais.

Por outro lado, as transformações sociais modificam conceitos apreendidos da concepção de família e influenciam a forma como os indivíduos irão assumir seus papéis dentro da unidade familiar. A nova conduta de viver em sociedade requer posições, que podem muitas vezes interferir na dinâmica de relações familiares, levando a uma possível ruptura de tradições e novos modos de agir frente a situações de enfrentamento para o “equilíbrio fluente” desta dinâmica da estrutura familiar, como podemos identificar ao analisar a relação de cuidados de avós com binômio mãe/filho na temática do aleitamento materno nos dados encontrados na literatura.

Em meio ao contexto avós binômio mãe/filho, Ichisato e Shimo sustentam que “a mãe ainda exerce a função de eterna orientadora dos atos (tradição), apesar da nutriz ter constituído uma família, pois já vivenciou a maternidade”^(8:73)

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica exploratória, realizada em bases de dados LILACS, BIREME e web of site nos últimos dez anos e análise comparativa do encontrado na literatura, com a prática assistencial desenvolvida pelas pesquisadoras. O caminhar será desenvolvido em tópicos para uma melhor apresentação didática do estudo.

A CAMINHADA: REVENDO A LITERATURA

Ao iniciar o nosso caminhar, foi possível identificar uma vasta literatura na área do aleitamento materno em âmbito nacional e internacional, a qual não esgotaremos neste estudo. Contudo, nossa pesquisa encontrou limites para identificar estudos com o enfoque da influência das avós no processo de aleitamento materno. Neste sentido, é nossa pretensão estar buscando subsidiar estudos futuros que tangenciem sobre esta temática, considerando os limites encontrados e ainda pelo nosso desejo de tornar este, um campo em franco processo de exploração.

Iniciamos com a pesquisa de Poli, um estudo que resalta os vários fatores que influenciam a prática do aleitamento materno como a história e o estado emocional do ser mulher que amamenta, assim como o apoio dos serviços de saúde, do trabalho, da comunidade, da mídia e da “família”. Este trata-se de uma dissertação de mestrado sobre o processo do aleitamento materno na perspectiva do cuidado cultural de enfermagem. A autora relata o processo de aleitamento materno vivenciado pelo ser mulher como um ato que envolve não apenas a vontade, o desejo e a tomada e sua decisão, mas também a revisão de papéis sociais e o equilíbrio da relação familiar, onde a cultura familiar está presente no processo do aleitamento materno, ocorrendo transferência de conhecimentos entre a família e o ser mulher que amamenta.⁽⁹⁾

A autora entrevistou 12 mulheres, que estavam amamentando e o familiar/significante considerado aquele que ajuda no processo de aleitamento materno. Destes, cinco eram mães das nutrizas e duas sogras; demonstrando assim, que as avós estão presentes em número significativo durante o processo do aleitamento materno e participando no cuidado às mulheres nutrizas.

Poli, destaca relatos de uma puérpera, a qual a sogra incentivou o uso de mamadeira, durante o processo do aleitamento materno; faz referência das falas: “a minha sogra comprou já mamadeira para ela, mas por enquanto está lá. Dei uma vez só. Eu acho que ela não vai querer a mamadeira, ela só gosta de tomar água na chuquinha, mas colocou na mamadeira [...]”. Outra fala, “minha sogra falou, que se conseguisse dar de mamá que era para mim dá. Mas também falou que se fosse pra continuar daquele jeito que era para dar mamadeira. Então daí eu continuei dando mamadeira”^(9:146)

Ainda, um estudo realizado por Balsan, demonstrou que o desmame precoce é influenciado pelo “marketing” dos alimentos infantis industrializados. No entanto, este fator interfere em menor escala se comparado com a influência de avós, tios, vizinhos e experiência anterior da própria mãe com outros filhos.⁽¹⁰⁾

Apesar de não ter afirmado, que somente as avós influenciam no desmame precoce, ela demonstra a importância da influência das pessoas na prática do aleitamento materno. E, se considerarmos que as avós são as pessoas que estão presentes em quase todos os nascimentos de seus netos e por isso, mais próxima da mulher nutriz na fase puerperal, fase em que a lactação está sendo estabelecida, devemos considerar a importância do seu conhecimento cultural e poder hierárquico neste processo que se inicia - o aleitamento materno.

A decisão da filha em amamentar está ligada, de certa forma, a um ato intrínseco ao papel de sua mãe, experiência que é transmitida transgeracionalmente de cunho histórico-familiar. ⁽¹¹⁾ Por outro lado, estudos com avós têm demonstrado que, estas podem favorecer ou dificultar o aleitamento materno, considerando o período de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês do lactente.

Os inimigos do aleitamento materno são pessoas (avós, tias, irmãs, vizinhas, comadres), que não tendo conseguido amamentar no passado, muitas vezes por problemas emocionais e psicológicos, têm participação muito negativa na fase do pós-parto imediato, junto à mãe, emitindo conceitos errôneos, que acabam por aumentar ainda mais as dificuldades. ^(12:76)

Santos e Rodrigues ⁽¹³⁾ realizaram um estudo sobre a importância do aleitamento materno na visão das mães, que teve como objetivo verificar o conhecimento das mães em relação ao aleitamento materno; por quanto tempo a criança foi amamentada e os motivos da não amamentação. Nos resultados, constataram que as mulheres apresentavam um bom conhecimento sobre a importância do aleitamento materno, contudo a maioria delas iniciavam o desmame precoce, por volta do 2º e 4º mês de vida da criança. Dentre os motivos para o desmame verificou-se que, as avós influenciavam na introdução de outros alimentos, o que culminava no desmame precoce. Concluíram que, para o sucesso da amamentação, o profissional enfermeiro precisa estimular e preparar as mulheres nutrizes para a lactação.

Também Nitschke, em sua dissertação de mestrado, traz relatos vivenciados de que a avó oferece leite artificial ao neto recém-nascido, contribuindo desta forma para o desmame precoce. No entanto, entende que esta é uma preocupação da avó em alimentar a criança, por entender o choro como fome e não o intuito de promover o desmame intencionalmente. ⁽¹⁴⁾ Assim, é preciso por entre parênteses o conceito que, muitos de nós profissionais fazemos sobre o desmame precoce versus avós, pois é preciso considerar o contexto relacional e a história familiar transgeracional, uma vez que, enquanto profissionais, é preciso inicialmente contextualizar o fenômeno e interpretá-lo à luz dos seus sujeitos e, a partir deste contexto, criar estratégias conjuntas profissionais/família para o sucesso da amamentação.

“O conflito pediatra-avó, que às vezes se estabelece com intensidade, seja pela resistência dela às normas científicas, seja pela rudeza do profissional ante os vínculos familiares. O tato e o descortínio psicológico do médico possibilitam superar o conflito e transformar a avó em uma aliada valiosa [...], é preciso salientar que a puérpera necessita de sua mãe e qualquer entrave que se oponha à satisfação desta necessidade pode acarretar um sério conflito consciente ou inconscientemente [...], dentro das limitações impostas pela ciência, a avó deve ser respeitada e estimulada na tarefa de ajudar a puérpera” ^(15:70).

Olhar para o pediatra é estender o olhar para os demais profissionais que atuam diretamente com o

binômio mãe-filho, especialmente, a enfermeira(o). Este olhar deve perpassar pelo prisma do contexto das relações humanas de suas histórias, vivências e experiências que precisam ser consideradas quando pensa-se em promover, proteger e apoiar o aleitamento materno.

Assim, quando ouvimos experiências e/ou lemos trabalhos científicos que colocam a avó como “o bode expiatório” do insucesso do aleitamento materno, a exemplo da associação da interrupção do aleitamento materno exclusivo no primeiro mês, influenciado por avós maternas e paternas que aconselham o uso de água ou chá e o de outro leite, estendendo-se pelo período de seis meses, à estas avós que permanecem mais diretamente com a nutriz. ⁽¹⁶⁾ Associa-se culturalmente o uso de chás para minimizar as cólicas e flatulências nos recém-nascidos. Isto é uma prática arraigada em nossa sociedade e, segundo alguns autores, esta prática acaba por promover o desmame precoce. É consenso entre os estudiosos do aleitamento materno, que quanto mais precoce a introdução de chás e/ou água na dieta infantil, mais freqüentemente ocorrerá o desmame ¹⁷. Ainda, segundo Moura, um dos fatores que mais se destacou para o desmame é a vaidade da mulher quanto as suas mamas caírem e não propriamente a influência de avós na introdução de outros alimentos. Por outro lado, compreendemos que, por trás deste fator, existe algo que se precisa considerar, o desejo da mulher em amamentar. Este desejo, muitas vezes, passa despercebido pelos profissionais de saúde, que colocam a amamentação como uma obrigação e não como um ato de amor, zelo e desvelo da mãe para com seu filho, pois, o desejo está imbuído de sentimentos e percepções que são construídas historicamente ao longo da sua história de vida.

Para além dos aspectos nutricionais e imunológicos que beneficiam a criança e os benefícios para a mãe, a amamentação precisa ser concebida como um ato historicamente construído e valorizado pelas partes envolvidas e pelo todo que circunscreve a relação familiar, a exemplo do que Giugliani nos traz sobre os profissionais de saúde envolver os parentes, vizinhos e amigos na promoção do aleitamento materno. ⁽¹⁸⁾ Assim, a rede social de apoio se mostra como suporte estratégico para o sucesso do processo de aleitamento materno. ⁽¹⁹⁾ Mais do que preconizar o aleitamento materno é, sobretudo buscar considerar os aspectos das relações familiares, sociais, culturais, educacionais e de informação que permeiam o ambiente de forma sistêmica e envolver o profissional de saúde enquanto sujeito de cuidados.

Uma vez considerado este ambiente, busca-se tecer um olhar para a questão, em que circunstâncias e contexto a influência da avó é negativa, ou seja, olhar relativizando, pois antes de entendermos as partes – a avó e a mulher/nutriz, precisamos olhar o todo – o contexto familiar e os fatores relacionais que circundam as experiências e as vivências da família. Assim, a partir do conhecimento adquirido, através do contexto, ter subsídios ou ferramentas para, enquanto profissionais de saúde promover juntamente com a avó e outros familiares o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês.

UM POUCO DE NOSSAS EXPERIÊNCIAS COM AVÓS E FAMILIARES VIVENCIANDO O PROCESSO DE ALEITAMENTO

A experiência adquirida adveio do desenvolvimento de um Projeto de Extensão intitulado “Vamos Amamentar, Mamãe?”, cujo objetivo é promover, proteger e apoiar o aleitamento materno na comunidade jequiense e de nossa experiência em trabalhos com a comunidade em unidades básicas de saúde e unidades hospitalares, especificamente em alojamento conjunto, berçário e pediatria.

O ponto fundamental que centrava nossa atenção era a operacionalização de estratégias de cuidado à gestante em acompanhamento pré-natal, envolvendo a família e especialmente a figura da avó, seja paterna ou materna no desenvolvimento das ações e orientações para a mulher, enquanto gestante e futura nutriz, sobre o manejo da lactação, sua importância, vantagens para o binômio mãe-filho, para a família, para a sociedade e, a partir da concepção ecológica, evidenciando os danos ao ambiente pelo uso de mamadeiras, chupetas e/ou outros derivados de polietileno, como também, dos riscos dos derivados do leite industrializado. Valores discutidos de forma dialética, considerando que vivemos em um planeta e, que as nossas ações podem causar danos de forma sistêmica ao nosso meio. Assim, a amamentação era promovida a partir da sensibilização para a conscientização de sua importância, valorização, riqueza e benefícios para as partes, mãe e filho, e o todo família, sociedade, rede social e o ambiente.

Enquanto atividade em ambiente hospitalar, a ênfase centrava-se no enlace de ações de orientações individual e coletiva das puérperas e familiares, manejo da lactação, treinamento dos auxiliares de enfermagem que atuavam diretamente na unidade de alojamento conjunto e berçário. Estas ações não focavam especialmente a unidade familiar e sim o binômio mãe-filho, pois ficávamos limitadas às normas e rotinas hospitalares do horário de visitas, uma vez que ainda não havia sido implantado o serviço de humanização ao parto e puerpério, que dentre a sua filosofia está aquela que rege o acompanhamento à puérpera pelo familiar durante o período de hospitalização. Tal situação nos levou a implementar estratégias extra-muros hospitalar, a partir do Curso de Graduação em Enfermagem; disciplinas: Enfermagem em Atenção à Saúde da Criança e Adolescente e Enfermagem em Atenção à Saúde da Mulher, da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, com trabalhos de campo na comunidade de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e, visitas domiciliares à família da puérpera no primeiro mês, para reforçar as orientações do pré-natal e puerpério. Estas visitas traduziam-se em momentos ímpares para o sucesso do aleitamento materno, pois a figura da avó era uma constante, ocasião em que era trabalhado e discutido com ela as questões referentes ao aleitamento materno, porém, respeitando seus valores culturais, onde, por vezes, era preciso repadronizar, negociar e manter os seus conhecimentos para benefícios do viver saudável familiar sem entrar em conflitos culturais e de valores.

Leininger⁽²⁰⁾ sempre busca atentar os profissionais de saúde para suas ações, alertando-os do respeito aos valores culturais como estratégia de cuidado para prover o cuidado cultural. Centradas nesse pressuposto acreditamos que a Universidade, enquanto Instituição de ensino/pesquisa e extensão, é produtora de conhecimentos, incentivadora do desenvolvimento social, disseminadora de tecnologia e facilitadora da vida da população, e que não pode se eximir da responsabilidade de desenvolver ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

Esta estratégia proporcionou-nos certo grau de contentamento às ações implementadas na comunidade, por obtermos a participação das avós no auxílio as suas filhas, noras, netos e outros familiares envolvidos no processo de amamentação. O que se mostrou para nós é que, quando incentivados, conscientizados e devidamente informados a família, e especialmente a avó, torna-se uma aliada no sucesso ao aleitamento materno exclusivo.

Um Pouco sobre o Projeto

O Projeto de Extensão “**Vamos Amamentar, Mamãe?**” apoia-se na abordagem da educação em saúde e utiliza-se de diversos mecanismos para incentivar a prática do aleitamento materno, tais como: orientações formais e informais às puérperas e gestantes que são atendidas nas unidades de saúde e a pessoas de ambos os sexos e de diversas faixas etárias da comunidade; palestras em locais diversificados, realização de cursos, seminários, encontros, visitas domiciliares, debates, treinamentos e atualização de conhecimentos dos profissionais de saúde; promoção de oficinas e vivências de reforço ao manejo da lactação; confecção, divulgação, distribuição de material educativo e didático, exposição de materiais e participação em feiras de saúde. Utiliza-se de metodologia problematizadora que valoriza o conhecimento prévio da comunidade e incorpora aspectos lúdicos através da música, da dramatização, do psicodrama pedagógico, representação através de desenhos, colagens ou frases, além de apresentação de vídeo.

Incorpora a participação dos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem e de alunos bolsistas nas atividades desenvolvidas, possibilitando o seu desenvolvimento técnico-científico nas questões que envolvem o aleitamento materno, as abordagens com a comunidade, o relacionamento e interação com o público, dando subsídios para a incorporação de novas tecnologias de cuidado e a possibilidade ação/reflexão para a investigação científica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não é nossa intenção concluir este trabalho, pois acreditamos que estamos dando um ponto em um parágrafo, tamanha a problemática e complexidade que o tema suscita. No entanto, algumas questões fazem-se notar para uma melhor reflexão da prática profissional ao tangenciar sobre a influência da avó no aleitamento materno.

Por outro lado, a revisão de literatura realizada nos mostrou algumas lacunas do conhecimento no que diz

respeito à participação das avós no processo de aleitamento materno, as quais precisam ser preenchidas. Destacamos algumas que saltaram-se aos nossos olhos.

- Nas poucas literaturas encontradas, as avós estão, em sua maioria, associadas ao desmame precoce pelo incentivo a introdução de chás, águas, chupetas e mamadeiras. Ainda, consideram as questões estéticas da mulher (mama flácida), o trabalho fora do lar, o *marketing* da industrialização, dentre outros. Mas, nestes estudos, o contexto e a história familiar não se fez notar, situação que nos faz interrogar se o desmame precoce se dá diretamente por estes fatores ou se há outros por trás, que não foram identificados. Pensamos aqui o contexto e a complexificação deste contexto.
- Os profissionais de saúde precisam aproveitar oportunidades e espaços em que a participação das avós e familiares é freqüente, com objetivo de discutir dialogicamente com estes, questões que permeiam a prática do aleitamento materno, considerando a organização e estrutura familiar, sua história e valores culturais.
- As mulheres, de modo geral, precisam ser despertadas, desde a infância, sobre a importância da amamentação como ato natural da espécie. Sendo respeitada sua decisão frente a escolha de amamentar ou não, assumindo riscos e benefícios e não como uma obrigatoriedade para a sobrevivência da espécie, pois entendemos que amamentar é uma ato de amor, cuidado e proteção e a mulher o desenvolve na relação com seus filhos, assim, amamenta-os despreocupando-se de exigências sócio-econômico-culturais-moral-ética e estética.
- O cuidado profissional precisa vestir-se do novo paradigma da ciência no qual, a visão biologicista, simplificador e objetiva não mais responde única e exclusivamente ao cuidado de saúde. É preciso contextualizar, por a objetividade entre parênteses e utilizar a intersubjetividade e instabilidade para exercer o cuidar. Assim, os profissionais que planejam e executam Programas de Saúde e Campanha de Incentivo ao Aleitamento Materno, precisam repensar seus paradigmas e aguçar o olhar na perspectiva sistêmica – o contexto das relações recursivas familiares como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
- A criação de estratégias de sistematização de assistência, que verse sobre a rede social de apoio, é uma meta que, ao nosso entender precisa ser atingida para promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

REFERÊNCIAS

1. Hames MLC. Amamentação: conflito e harmonia no espaço interativo enfermeira, puérpera e sua família [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 2001.
2. UNICEF. Situação Mundial da Infância. Brasília; 1998.
3. Simons DA. Alimentos complementares ao desmame: quais, quando e como introduzi-los? In: Rego J D. Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu; 2000.
4. Teruya K, Coutinho SB. Sobrevivência infantil e aleitamento materno In: Rego J D. Aleitamento materno. São Paulo: Atheneu; 2000.
5. Silva LF. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: Silva YF, Franco MC, Organizadores. Saúde e doença: uma abordagem cultural da Enfermagem. Florianópolis: Papa-Livro; 1996.
6. Falceto OG, Waldemar OC. O ciclo de vida da família. In: Eizirik CL, Kapczinski F, Bassols MAS Organizadores. O ciclo de vida humana: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artemed; 2001.
7. Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
8. Ichisato SMT, Shimo AKK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. Rev Latinoam Enf, Ribeirão Preto, 2001 set./out.; 9 (5): 70-6.
9. Poli LMC. O processo de aleitamento materno na perspectiva do cuidado cultural de enfermagem. [dissertação]. Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC/UFP; 2000.
10. Balsan JA. Incentivando o aleitamento materno. In: Santana MG, Thoferrn MB, Organizadores. (Re) Significando a teoria e a prática de enfermagem. Pelotas: Ed. Universidade/UFPel; 2001.
11. Primo CC, Caetano LC. A decisão de amamentar da nutriz: percepção de sua mãe. J Pediatr, Rio de Janeiro, 1999 nov.-dez.; 75(6):449-55.
12. Martins Filho J. Como e porque amamentar. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 1987.
13. Santos MM, Rodrigues MRV. A importância do aleitamento materno na visão das mães. Rev Enf Bras 2003; 2(4): 212-8.
14. Nitschke RG. Nascer em família: uma proposta de enfermagem para a interação familiar saudável. (Dissertação). Florianópolis (SC): Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSC; 1991.
15. Soifer R. Psicologia da gravidez: parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas; 1980.
16. Susin LRO, Giugliani ERJ, Kummer SC. Influências das avós na prática do aleitamento materno. Rev Saúde Pública 2005 abr.; 39 (2):141-7.
17. Moura EFA. Duração do período de aleitamento materno de crianças atendidas em ambulatório de pediatria. J Pediatr, Rio de Janeiro, 1997; 73(2): 97-101.
18. Gigliani ERJ. Amamentação: como e porque promover. J Pediatr, Rio de Janeiro, 1994; 70 (3): 19-24.
19. Sluzki CE. A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1997.
20. Leininger M. The theory of Culture Care Diversity and Universality In: Leininger M, Editor. Culture care diversity and universality: a theory of nursing. New York: National League of Nursing Press; 1991.

Recebido em: 09/08/2005

Aprovado em: 19/09/2005

REDE SOCIAL DE APOIO À MULHER NO PERÍODO PUERPERAL

SUPPORT FOR WOMEN AT PUERPERIUM

LA REDE SOCIAL DE APOYO A LA MUJER EN EL PERIODO PUERPERAL

Régia C. Moura Barbosa¹
Priscila de Souza Aquino²
Maria de Fátima Antero³
Ana Karina Bezerra Pinheiro⁴

RESUMO

Objetivou-se identificar e analisar redes de apoio recebidas pelas puérperas. Pesquisa qualitativa, em que entrevistou-se dez puérperas cadastradas no Centro de Treinamento em Atenção Primária. Em relação ao apoio recebido, houve maior participação familiar, mas destacaram-se apoio do enfermeiro e de amigos. A participação familiar foi citada como fundamental, identificada pelo apoio financeiro, ajuda doméstica e adaptação do papel materno. Concluímos ser necessário o apoio social à puérpera, pelo momento de fragilidade para mulher e familiares. Sugerimos que o cuidado de enfermagem não englobe apenas a esfera física, mas uma dimensão maior, favorecendo uma adaptação eficaz.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Materna; Saúde da Mulher; Puerpério;

ABSTRACT

This study analyzes the support women get at puerperium. It is a qualitative study. Ten women from a primary care health training center were interviewed. Most of the support they received came from their families, but they highlighted the help received from nurses and friends. Family help was quoted as fundamental through financial support, help at home and adaptation of the role of mother. Social support for these women is considered essential because of their fragility and that of their families at this phase. We suggest nursing care should cover not only the physical side, but a wider dimension which will help them to adapt more effectively.

Key words: Maternal Health Services; Women's Health; Puerperium

RESUMEN

Este estudio analiza las redes de apoyo recibidas por mujeres durante el puerperio. Se trata de una investigación cualitativa con diez mujeres registradas en el Centro de Capacitación en Atención Primaria. En cuanto al apoyo recibido se constató más participación familiar pero se destacó, sobre todo, el apoyo del enfermero y de los amigos. La participación familiar se mencionó como básica y fundamental, identificada por el apoyo financiero, ayuda doméstica y adaptación al rol materno. Llegamos a la conclusión de que el apoyo social a las mujeres durante el puerperio es algo necesario ya que se trata de un momento de fragilidad tanto para la mujer como para la familia. Esperamos que el cuidado de enfermería no se restrinja sólo a la esfera física sino que abarque una dimensión más grande y que favorezca una adaptación eficaz.

Palabras clave: Servicios de Salud Materna; Salud de las Mujeres; Puerperio

¹ Enfermeira da Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

² Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. Bolsista do Programa de Educação Tutorial. (PET/ENFERMAGEM).

³ Enfermeira. Professora da Universidade Regional do Cariri. Doutoranda da Universidade Federal do Ceará.

⁴ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunta da Universidade Federal do Ceará. Co-tutora do PET- UFC.

Endereço: Rua Cruzeiro do Sul, 221. Bairro: Carlito Pamplona. Fortaleza – Ceará. CEP: 60335-190.

E-mail: priscilapetenf@yahoo.com.br.

INTRODUÇÃO

A descoberta de uma gravidez gera ansiedade, dúvidas e incertezas. É um período de muitas mudanças na vida da mulher, em que a mesma, juntamente com os membros de sua família enfrentarão ajustes em suas relações sociais.

Logo após o diagnóstico da gravidez, a mulher começa a perceber mudanças no seu corpo e na sua vida e, assim, começa a frequentar as consultas do pré-natal, no qual ela deverá sentir-se mais segura.

É no pré-natal que o profissional de saúde irá transmitir apoio e segurança, contemplando a assistência da gestante.

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez - período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no seu interior.⁽¹⁾

Um pré-natal de qualidade, ou seja, quando a assistência prestada à gestante é bem feita, a hora do parto, o puerpério e todas as orientações dadas são vividas naturalmente e a mulher se sente mais preparada para assumir seu novo papel, o de ser mãe.

A assistência prestada no pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados. De certa forma, as mudanças que ocorrem com o parto são bruscas. É uma fase de transição, na qual em um determinado momento temos uma mulher grávida e um feto, e no instante seguinte, uma mãe e um filho.⁽²⁾

Após o parto, a mulher vivencia uma nova fase, período chamado de puerpério, em que esta mulher terá que passar por adaptações fisiológicas e psicológicas, momento em que ela percebe que toda a atenção que lhe era oferecida durante a gestação é transmitida para a criança.

O puerpério é conceituado como um período do ciclo grávido-puerperal em que o organismo materno retorna às suas condições pré-gravídicas e é caracterizado pelas regressões das modificações locais e sistêmicas que foram provocadas pela gravidez. O seu início se dá logo após a expulsão total da placenta e das membranas e tem duração de cerca de seis semanas.⁽³⁾

Durante esse período, a mãe torna-se dependente, necessitando de um suporte de apoio dos amigos, familiares e do profissional de saúde.

A família é definida como mais do que a soma dos seus membros. Ela é o grupo social em que o indivíduo se forma e que continua a influenciá-lo, mais diretamente, durante toda a vida. É a organização social de onde nunca se sai.⁽⁴⁾

Logo, a gravidez produz profundas mudanças no núcleo familiar. No puerpério diante das repercussões de suas adaptações tanto fisiológicas, como psicológicas, a enfermagem deve se fazer presente auxiliando os membros da família aos novos papéis a serem desempenhados.

É nesse contexto que constatamos a importância do apoio social à puérpera, sendo este o alicerce para tomadas de decisões mais seguras e conscientes. Logo, quando a puérpera, família e enfermeira integram e enfrentam a realidade do período puerperal com transparência, empenho, o desenvolvimento do processo se torna mais fácil e mais saudável.

Desta forma este estudo buscou conhecer as redes sociais de apoio de puérperas atendidas em um centro de treinamento de residentes de enfermagem.

DESCRIÇÃO DA METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório do tipo qualitativo, por melhor se adaptar às indagações do nosso estudo.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspiração, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.⁽⁵⁾

O estudo foi realizado em um bairro do município de Fortaleza, capital do Ceará, onde a população que reside no mesmo, é cadastrada em um Centro de Treinamento em Atenção Primária (CTAP), campo de atuação dos residentes de enfermagem da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE).

As famílias cadastradas recebem atendimento de profissionais enfermeiros e médicos residentes, o que inclui: consulta de pré-natal, ginecológica, consulta de enfermagem ao hipertenso e diabético, puericultura e visitas domiciliares. Dentre essas visitas destaca-se a visita à puérpera até o 10º dia de puerpério.

Os residentes atuam como equipes do Programa Saúde da Família (PSF), estão divididos em duas equipes para executar as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Participaram do estudo dez mulheres, puérperas, cadastradas no Centro de Treinamento em Atenção Primária (CTAP). A seleção das participantes foi definida considerando-se:

- Puérperas cadastradas no CTAP
- Mulheres que estivessem até o quadragésimo quinto dia de puerpério;
- Mulheres que aceitassem participar do estudo;

A escolha das puérperas independeu da idade, cor, crenças, procedência, nível socioeconômico e educacional.

A coleta de dados foi realizada em dois momentos. Inicialmente, solicitamos aos agentes de saúde da área que fornecessem o nome das puérperas, a partir daí selecionamos as mesmas, conforme critérios já referidos anteriormente, marcando, posteriormente, a visita nos seus domicílios. No segundo momento, iniciamos as visitas domiciliares, com periodicidade semanal.

Durante as visitas, foram realizadas as entrevistas. A coleta de dados foi realizada no período de outubro de 2003, nos domicílios das participantes do estudo, para tanto os mesmos assinaram termo de consentimento.

O instrumento de coleta de dados escolhido foi a entrevista, que é descrita como[...] um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto [...]. Trata-se, pois de uma conversação efetuada face a face [...].⁽⁶⁾

Utilizamos a entrevista do tipo semi-estruturada, as quais foram gravadas, mediante autorização dos sujeitos do estudo e realizadas nos domicílios das

puérperas, com duração em torno de 15 minutos e realizadas pelas pesquisadoras.

Os dados coletados foram agrupados de acordo com a técnica de categorização.

Categoria refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. São estabelecidas para classificar os eventos. Categorizar é agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de representá-los [...].⁽⁷⁾

Assim, os dados foram transcritos, em seguida feita a leitura das falas, sendo as mesmas organizadas em categorias.

As participantes tiveram livre escolha para serem incluídas como sujeitos da pesquisa, podendo solicitar seu afastamento no momento desejável. Foi garantido a essas o seu anonimato.

Assim, os princípios éticos da resolução número 196 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da saúde que regulamenta normas para a pesquisa que envolve seres humanos foram respeitados neste estudo.

RESULTADOS

Após revisão da literatura e dando seguimento à proposta do estudo, passaremos a analisar o conteúdo das falas das entrevistadas.

CARACTERIZANDO AS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Dentre as características das participantes, evidenciamos que a faixa etária variou entre 15 a 42 anos. Vale ressaltar que a metade, ou seja, cinquenta por cento da amostra eram adolescentes, com idades de 15 e 18 anos, ratificando o fato do aumento de gravidez na adolescência.

A adolescência inicia-se por volta dos dez anos e caracteriza-se pelo aumento da velocidade do crescimento e amadurecimento físico e pelos conflitos emocionais. As autoras referem ainda que a gravidez na adolescência é considerada de alto risco, destacando, por exemplo, os riscos de natureza clínico (ex. diabetes), biológicos, comportamentais, socioculturais e econômicos.⁽⁸⁾

Em um outro extremo, uma das entrevistadas tinha 42 anos, o que afirma a literatura, também ser uma idade avançada, um quesito para gravidez de alto risco.

A idade ideal para a procriação situa-se entre 20 e 30. Os produtos conceptuais de mães com 16 anos ou menos apresentam maior risco de prematuridade, enquanto que aqueles de mães com 35 anos ou mais são mais propensos às anormalidades congênitas. Nos extremos da vida reprodutiva, há maior frequência de toxemia e outras patologias.⁽⁹⁾

Quanto ao estado civil, observamos que mais da metade da amostra são solteiras (6) e apenas (4) são casadas. Isso viabilizou a ampliação do estudo frente às dificuldades tanto de ordem emocional, financeira e social enfrentada pela mulher no puerpério, tendo em vista a ausência do cônjuge como apoio neste período.

A ocupação predominante entre as mulheres estava relacionada a atividades domésticas, sendo que (6) são dona de casa e apenas (4) trabalham fora do lar.

Quanto ao nível de escolaridade das entrevistadas, houve uma grande diversificação, variando de sem escolaridade(2), ensino fundamental(4) e ensino médio(4).

Vale ressaltar que estes são dados importantes na anamnese, digo, Histórico de enfermagem na consulta de pré-natal. É importante se interrogar sobre o estado civil, uma vez que é notória a influência desta condição na morbimortalidade materna e fetal entre as solteiras, acrescentando ainda, que o índice de morbimortalidade é inversamente proporcional ao grau de educação materna.⁽¹⁰⁾

Participaram do estudo (6) primípara e (4) multipara. A literatura revela a primiparidade, como um forte fator gerador de medo e insegurança no puerpério.

Um dos fatores geradores de sentimentos de desamparo e de medo, é a primiparidade, onde a mulher se vê muitas vezes confrontada, pela primeira vez, com situações para as quais não se sente preparada para dar resposta.⁽¹¹⁾

Todas as participantes do estudo estavam no puerpério tardio, ou seja, do 11º ao 46º dias após o parto. Divide-se o período puerperal em:

Imediato - do 1º ao 10º dia pós-parto, iniciando-se após a dequitação;

Tardio - do 11º ao 45º dia, ocorrendo a recuperação do sistema genital e de franca produção láctea para as mulheres que amamentam;

Remoto - a partir do 46º dia, ocorre completa recuperação dos sistema genital e reprodutor, caracterizado pelo retorno dos ciclos menstruais, entre a maioria das puérperas que não amamentam. (12)

Vale enfatizar que todas essas puérperas haviam recebido a visita do profissional de enfermagem em seus domicílios no período do puerpério imediato.

No período do puerpério imediato, ou seja, até o 10º dia, ocasião em que deve ocorrer a visita domiciliar da enfermeira. (3)

Buscando assegurar o anonimato das participantes, atribuímos um nome fictício para cada uma delas.

REDES DE APOIO RECEBIDAS PELA PUÉRPERA

No enfrentamento das mudanças ocorridas no puerpério, a mulher experiencia vários sentimentos, variando desde a angústia até o medo de não conseguir adaptar-se às tais mudanças. Nesse momento de dificuldades e de profundas transformações, podendo estas serem tanto psicológicas como biológicas, a mulher necessita de apoio por parte de pessoas próximas, como seu esposo, amigos, enfim, alguém que possa ajudá-la neste processo.

O apoio à mulher e família no pós-parto é fundamental para o reajustamento e equilíbrio pessoal e familiar. Este apoio pode verificar-se de diferentes formas e a diferentes níveis, o apoio social promovido pelo estado, o apoio dos técnicos de saúde e o apoio da família e dos amigos.⁽¹¹⁾

Entre as mulheres estudadas, a família ocupa grande espaço no suporte de apoio, sendo considerada um ponto de partida para seu equilíbrio. É o que evidenciamos nas falas a seguir:

“Minha mãe, minha sogra, minhas primas, vieram aqui logo que o bebê nasceu, foram elas que me explicaram tudo”. (Violeta)

“Meu pai, quando soube da gravidez, disse que assumiria, pois é melhor ter do que abortar”. (Amapola)

“Quem me ajuda muito é a sobrinha do meu marido e ele também”. (Adália)

A família, para Violeta, Amapola e Adália, foi destacada como sendo muito importante no processo de adaptação do puerpério e, sem dúvida, considerada um laço de amor, união e carinho.

A fala de Amapola revela a dificuldade enfrentada pela mesma ao assumir sozinha a responsabilidade do filho. E foi através do suporte familiar, destacado por seu pai que a mesma conseguiu superar esta dificuldade.

Muitas vezes, a mulher na fase da gravidez e do puerpério acaba por querer poupar seus familiares ou até mesmo acrescentar no seu vínculo de amizade um suporte de apoio. Esta atitude foi observada nessa expressão:

“A Rosana, que é minha amiga, me ajuda direto, vem dormir comigo, liga pra saber como é que estou. Quanto a isso eu não tenho o que reclamar”. (Violeta)

A fala expressa a atitude dos amigos que vai desde a ajuda nos afazeres diários até o apoio psicológico e afetivo.

Para Violeta, que tinha sua família toda no interior, e o esposo passava o dia inteiro trabalhando, a amiga assumiu um papel muito importante durante o puerpério.

Verificamos também a aproximação das mulheres com o profissional enfermeiro, através da visita domiciliária.

“Foi ótima (visita domiciliária) eu não sabia que tinha essa assistência, por ser um órgão público. Foi no primeiro dia que a enfermeira veio aqui. Foi no dia do banho do bebê. Aí ela disse: vai, tu consegue, vai dá tudo certo. Aí foi muito importante a visita dela e o apoio.” (Rosa)

O enfermeiro, em especial o enfermeiro do Programa Saúde da Família, tem um papel muito importante no apoio à mulher/família ao longo do processo da maternidade, principalmente em ações importantíssimas que é o pré-natal e a visita domiciliária no puerpério.

Ressalta-se a importância da visita domiciliária, onde esta deve ser realizada no máximo, até o 10o dia de puerpério, período em que ocorre os principais fenômenos de regressão dos órgãos maternos modificados pela gravidez.⁽³⁾

Na fala de Jasmim observamos um certo descontentamento com a visita domiciliária, segundo a mesma, pelo fato das orientações serem restritas ao aleitamento materno.

“Ele (enfermeiro) não me informou nada sobre o resguardo, tava mais preocupado com a mama e se a menina comia.” (Jasmim)

Vale enfatizar que antes do parto a maioria dos profissionais estão preocupados com o binômio mãe e filho. Observamos um cuidado especial com a gestante, são informações voltadas para o bem-estar da grávida e saúde da criança que ainda está no útero.

No puerpério, após o nascimento da criança, a atenção e a preocupação das pessoas e de alguns profissionais recai sobre a criança, sendo a mulher esquecida neste momento.

Portanto faz-se necessário uma assistência qualificada de enfermagem e, ao prestarmos os cuidados no domicílio, não podemos esquecer do papel importantíssimo da mulher e que a mesma deve receber cuidados e orientações, dando importância aos seus questionamentos, medos e dúvidas, prestando um cuidado holístico.

São destacadas as ações que o profissional enfermeiro deve desenvolver como apoio durante a visita domiciliária: assegurar que os cuidados físicos desenvolvidos no pós-parto estão adaptados às necessidades individuais de cada mulher; ajudar a mulher a desenvolver capacidades para cuidar do filho sem “medos”, sentindo-se mais segura no seu papel de mãe; prevenir situações de desajustes pessoal, conjugal e familiar.⁽¹¹⁾

PARTICIPAÇÃO FAMILIAR NO PUERPÉRIO

A palavra família traduz a idéia de uma unidade social, que tem uma representação universal de diversos valores e papéis indispensáveis para a formação moral, ética e social do indivíduo, como também hábitos e costumes, incluso aqui o cuidado com a saúde.

Hoje não existe mais um padrão para a família brasileira. Àquela conhecida como nuclear (constituída por mãe, pai e filhos) está cada vez mais restrita a certos segmentos sociais e culturais.

Temos um conceito de família que retrata a família como uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem, convivem como família, em um espaço de tempo, unidos por laços consanguíneos, de afetividade, interesse e/ou doação, estruturada e organizada, com direitos e responsabilidades, vivendo em um determinado ambiente, influenciada socioeconômica-culturalmente.⁽¹³⁾ Constrói uma história de vida, tem identidade própria, possuindo, criando e transmitindo crenças, valores e conhecimentos.

Então quando falamos do processo de saúde-doença dos indivíduos não podemos deixar de voltar a atenção à família, que tem sido através dos tempos o berço do cuidar humano, desde o nascimento até a morte, o cuidado entre seus membros é importante para manutenção da sua saúde e sobrevivência.

Quando abordamos a assistência de enfermagem no puerpério não podemos esquecer de abordarmos também a família, não só fazendo parte do receber cuidado, mas como nossa forte aliada de prestar esse apoio à puérpera.

Na presente pesquisa, quando indagamos às participantes sobre o apoio recebido no período puerperal, as mesmas destacaram como maior participação o apoio familiar. Este apoio variou desde os afazeres domésti-

cos, cuidados com o bebê, orientações sobre aleitamento materno e suporte financeiro.

“Minha família me ajuda mais nessa questão das coisas do bebê que falta”. (Rosa)

“Minha mãe ajuda a comprar as coisas pra ela (bebê). O pai dela só estuda.” (Margarida)

“A renda familiar é só do meu esposo. Quando não dá é toda a família dele que ajuda. Eles têm mais condições que a minha”. (Flor)

As falas expressam as atitudes das famílias, relacionada ao apoio financeiro.

Para Margarida, ainda adolescente, ela e seu parceiro, quem sustenta, dando alimentação, vestuário e nas demais necessidades é sua mãe. Isso é bastante comum atualmente, pois o número de jovens adolescentes grávidas é assustador, trazendo várias consequências, onde a principal é o abandono escolar que, por fim, leva à exclusão dessas mães do mercado de trabalho.

A atuação da família referida por Rosa, Margarida e Flor foi destacada como sendo muito importante no apoio financeiro, compreendendo todo o processo, estando sempre ao lado dessas mulheres.

Vale ressaltar os diversos sujeitos que compõem o suporte de apoio, no caso de nossas participantes, foi enfatizado o apoio de irmãs, mães, sogras e esposo.

“Minha irmã veio ficar comigo. É difícil ela vir, porque ela tem duas meninas. Ela lava roupa, ajuda nas coisas que eu não posso fazer. Quando ela não tá, é meu marido que me ajuda.” (Adália)

“Minha sogra foi ótima, tô passando uns dias lá. Ela me orienta em tudo, no banho do bebê, na amamentação [...]” (Flor)

Adália revela não só a participação de sua irmã na sua vida, mas também do seu cônjuge, e isso é associado à necessidade de afetividade e de ajuda no lar. Nesse momento do puerpério, seu esposo teve maior aproximação.

Temos ainda, na fala de Flor, a participação de sua sogra. É interessante ressaltar a necessidade de mudança de domicílio para obtenção de apoio por parte dos familiares. É o que nos deparamos no nosso cotidiano, mulheres no puerpério indo passar temporada nas casas de mãe, irmã, sogra, para receberem ajuda dos seus familiares.

É retratada muito bem a importância da participação familiar no puerpério, quando aponta a dificuldade da mulher em adaptar-se ao seu novo papel de mãe e, assim, faz uma ressalva que toda a família responde às expectativas, responsabilidades e rotinas.⁽²⁾

Mas, por outro lado, muitas mulheres evidenciaram o oposto, ou seja, o abandono do esposo e de suas famílias.

“Minha irmã e minha mãe cuidam da minha avó que é igual a criança, não enxerga e nem anda. É por isso que minha família ficou ausente.” (Crisálida)

“Eu sou mãe solteira e tive que fazer essa opção de ficar aqui com minha família, pois o apoio dela (família) é mais importante do que o do pai dele (bebê), me dá mais segurança.” (Rosa)

Na fala de Crisálida a família esteve ausente, por estar participando do processo de cuidar de outro membro, no caso, sua avó. A participante reflete através de sua fala, um certo conformismo, onde a mesma teve que procurar ajuda e apoio dos amigos.

Não é difícil nos depararmos com mães solteiras sem a participação de seus parceiros. E na fala de Rosa, ela dá ênfase à importância da família como apoio e subsídios para enfrentar dificuldades, e no puerpério esse apoio é de suma importância.

A literatura sobre maus tratos à criança sugere claramente que as mães que não recebem apoio afetivo de outras pessoas estão mais sujeitas à inadaptação à maternidade.⁽²⁾

Logo, o apoio familiar é especialmente importante nessa circunstância. Onde a puérpera precisa ser entendida com relação aos seus medos, angústias e adaptações ao novo papel, o de mãe.

CONCLUSÃO

O puerpério é um momento difícil para a mulher, é uma fase de adaptações, dúvidas, receios e questionamentos. Momento em que a mulher vive muitas novas experiências, como o ato de amamentar, cuidar da criança e do lar, ser esposa e mãe, enfim, momento de mudanças, onde a puérpera necessita de apoio.

Nesse processo, o apoio oferecido a essas mulheres foi de suma importância. Foram destacados o apoio familiar, apoio dos amigos e do profissional enfermeiro. No entanto tiveram participantes que relataram decepção diante dos comportamentos dos mesmos, o que contribuiu para o surgimento de respostas desfavoráveis ao seu ajustamento como puérpera.

O enfermeiro foi destacado como importante nesse período, principalmente através de ações desenvolvidas através da consulta de pré-natal, parto, grupos de gestante e na visita domiciliar no puerpério.

O principal tipo de ajuda no puerpério foi o apoio familiar. Esse apoio foi oferecido às mesmas através do apoio financeiro, ajuda com a casa e adaptação do papel de mãe, sendo este apoio apontado como o mais importante e fundamental.

Assim, verificamos que o cuidado de enfermagem e o apoio social às puérperas é de extrema importância, onde esse apoio possa ser ofertado de forma holística, favorecendo a esta mulher meios para uma adaptação eficaz.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-natal: manual técnico. 3a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
2. Ziegel EE, Cranley MS. Enfermagem Obstétrica. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1985.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
4. Duncan BB. Medicina ambulatorial: Condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1996.
5. Minayo MC. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 4ª ed. Petrópolis: Vozes; 1995.
6. Lakatos EM, Marconi MA. Fundamentos de metodologia científica. 3a ed. São Paulo: Atlas; 1991.
7. Polit DF, Hungler BP. Ética e pesquisa em Enfermagem: fundamentos de pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

8. Porto JRR, Luz AMH. Percepções da adolescente sobre a maternidade. Rev. Bras. Enf., Brasília, 2002; 55 (4): 384-91.
9. Morais FRR, Garcia TRG. Gravidez em mulheres adolescentes: a ótica de familiares. Rev. Bras. Enf., Brasília, 2002; 55 (4): 377-83.
10. Rezende J, Montenegro CAB. Obstetrícia fundamental. 8a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.
11. Afonso E. Dificuldades da mulher no puerpério e apoio nesse período. 2000. [Citado em 28 nov. 2003] . Disponível em: <http://www.google.com.br/puerp.htm>.
12. Barros SMO. Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial. São Paulo: Rocca; 2002.
13. Faro ACM. Aspectos teóricos sobre a família em um contexto histórico e social. Rev. Nurs, 2000;

Recebido em: 27/09/2004

Aprovado em: 08/08/2005

ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA: O DIAGRAMA DE CONTROLE COMO ESTRATÉGIA DE ENSINO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA DAS DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

PUBLIC HEALTH NURSING: USAGE OF THE STATISTICAL PROCESS CONTROL CHART AS A TEACHING STRATEGY OF THE INFECTIOUS DISEASE EPIDEMIOLOGICAL

ENFERMERÍA EN SALUD COLECTIVA: EL DIAGRAMA DE CONTROL COMO UNA ESTRATEGIA PARA LA ENSEÑANZA DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Lúcia Yasuko Izumi Nichiata¹

Ana Luiza Vilela Borges²

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli¹

RESUMO

No âmbito da enfermagem em saúde coletiva, a vigilância epidemiológica vem sendo enfatizada como uma ação que necessita ser incorporada no cotidiano do trabalho do enfermeiro. É necessário, pois, que sejam ensinados, no curso de graduação em enfermagem, conteúdos e habilidades referentes à análise dos processos endêmico-epidêmicos das doenças transmissíveis. Este trabalho busca compartilhar a experiência da Disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva com enfoque nas Doenças Transmissíveis ao eleger, entre outras estratégias, a construção do diagrama de controle como ferramenta de ensino da vigilância junto aos alunos de graduação.

Palavras-chave: Enfermagem; Vigilância Epidemiológica; Doenças Transmissíveis; Ensino.

ABSTRACT

In the field of public health nursing, epidemiological surveillance has been highlighted as essential to a nurse's routine. It is necessary for the nursing undergraduate course to include content and skills to analyze endemic-epidemic processes in infectious diseases. This work seeks to share the experience of the "Collective Health Nursing with a focus on Infectious Diseases" course which used statistical process control charts as a teaching tool in this program.

Key words: Nursing; Epidemiological Surveillance; Communicable Diseases; Teaching.

RESUMEN

En enfermería en salud colectiva se pone énfasis en vigilancia epidemiológica como acción que debe ser incorporada al trabajo cotidiano del enfermero. Se plantea, luego, la necesidad de enseñar en los cursos de graduación en enfermería contenidos y habilidades para analizar los procesos endémicos y epidémicos de las enfermedades transmisibles. El objeto de este artículo es compartir la experiencia de enseñar la construcción del diagrama de control en el curso de Enfermería en Salud Colectiva y Enfermedades Transmisibles como herramienta de enseñanza de vigilancia epidemiológica a alumnos de enfermería.

Palabras clave: Enfermería; Vigilancia Epidemiológica; Enfermedades Transmisibles; Enseñanza.

¹ Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). izumi@usp.br, elma@usp.br

² Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). alvilela@usp.br

Endereço para correspondência: Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, cep 05403-000 São Paulo/SP. E-mail: izumi@usp.br

INTRODUÇÃO

A maior participação das doenças crônico-degenerativas e das causas externas nos padrões de morbi-mortalidade, com a conseqüente diminuição das doenças infecciosas, fez crer que estas estariam perto de seu controle, erradicação ou eliminação. Entretanto, apesar das tendências de baixa de seus coeficientes, algumas doenças transmissíveis, como as hepatites virais, especialmente as B e C, e a tuberculose têm persistido com ampla distribuição geográfica. Além disto, nas últimas décadas, novos agravos transmissíveis foram identificados e outros passaram de raros e pouco freqüentes, a representar um problema de saúde pública, como a aids, a cólera, a dengue, a Influenza aviária, a hantavirose, dentre outros. Também, ultimamente, doenças crônico-degenerativas têm sido associadas a agentes infecciosos, como o câncer de estômago e de colo de útero.

Este complexo cenário de coexistência das doenças crônico-degenerativas com a persistência, emergência e reemergência dos agravos transmissíveis, parece reforçar tanto a dinamicidade do processo saúde-doença, como também a necessidade do constante monitoramento e vigilância dos perfis de morbi-mortalidade, incluindo seus determinantes e condicionantes.

Segundo Takahashi⁽¹⁾, as doenças transmissíveis situam-se entre os temas mais complexos e diversificados da saúde coletiva, sendo que as ações de prevenção, controle e tratamento competem ao conjunto dos trabalhadores da saúde, que contribuem cada qual com seus conhecimentos e habilidades específicos para transformar o perfil epidemiológico da população no que tange a esses agravos. Portanto, a enfermagem, ao integrar o processo de trabalho em saúde, desenvolve intervenções na dimensão coletiva do processo saúde-doença, por meio do monitoramento do perfil epidemiológico dos grupos sociais e comunidades e, por isto, articuladas à vigilância epidemiológica. A vigilância epidemiológica foi incorporada pelo Sistema Único de Saúde que, na lei 8.080/ 1990⁽²⁾, conceituou-a como o

“conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar medidas de prevenção e controle de doenças e agravos.”

Ao definir a atuação da enfermagem junto à vigilância epidemiológica, considera-se que este profissional desenvolve ações de investigação epidemiológica, de diagnóstico situacional, de planejamento e de implementação de medidas de prevenção, controle e tratamento. Desta forma, as responsabilidades destes trabalhadores são ampliadas para além da coleta dos dados e assistência às pessoas acometidas pelos agravos, abrangendo também o conhecimento das condições de vida, dos determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, na perspectiva de buscar melhor qualidade de vida para a população, referida a um dado território.⁽³⁾

No âmbito da enfermagem em saúde coletiva, a vigilância epidemiológica vem sendo enfatizada como uma ação que necessita ser incorporada no cotidiano do trabalho

do enfermeiro.⁽³⁻⁸⁾ Para tanto, surge o desafio de formar enfermeiros e enfermeiras capazes de articular, na sua prática profissional, os diversos saberes e ações relativos ao controle das doenças transmissíveis, entre outros agravos, na sua dimensão mais particular, ou seja, considerando as famílias e os grupos sociais, com uma visão da determinação social do processo saúde-doença.⁽⁷⁾

É necessário, pois, que sejam incorporados conteúdos e habilidades referentes à análise dos processos endêmico-epidêmicos das doenças transmissíveis no curso de graduação em enfermagem. Desta forma, este trabalho busca compartilhar a experiência da Disciplina Enfermagem em Saúde Coletiva com enfoque nas Doenças Transmissíveis ao eleger, entre outras estratégias, a construção do diagrama de controle como ferramenta de ensino da vigilância epidemiológica junto aos alunos de graduação, complementando, assim, o processo de formação em Saúde Coletiva.

DESCRIÇÃO DOS PASSOS

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), enquanto uma instituição pública, tem como compromisso a formação da força de trabalho em enfermagem que viabilize a operacionalização do Sistema Único de Saúde. Comprometido com seus princípios e diretrizes, o Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva, por meio das disciplinas que o compõem, vem desenvolvendo um trabalho de integração docente-assistencial para consolidar os vínculos entre a Universidade de São Paulo e a Coordenadoria de Saúde do Município de São Paulo. A Coordenadoria de Saúde da Sub-Prefeitura do Butantã situa-se na região oeste do município e, segundo dados censitários de 2000, possuía uma população de 377.576 habitantes.⁽⁹⁾

É composto por cinco distritos administrativos: Butantã, Rio Pequeno, Morumbi, Vila Sônia e Raposo Tavares. Estão sob sua coordenação 14 unidades básicas de saúde, quatro hospitais, um ambulatório de especialidade e um serviço de assistência especializada em DST/Aids. Todas estas unidades devem encaminhar à Unidade de Vigilância à Saúde (UVIS) do Butantã a notificação dos casos de doença transmissível de pessoas residentes na área de abrangência da Coordenadoria ou por ela atendida.

O presente trabalho descreve uma experiência didática desenvolvida pela disciplina “As doenças transmissíveis e a enfermagem em Saúde Coletiva” (ENS0418), oferecida no sétimo semestre do curso de graduação, tendo 165 horas de carga horária. Esta tem como objetivos conhecer as doenças transmissíveis prevalentes no cenário epidemiológico nacional e local, assim como as estratégias para o seu monitoramento; conhecer as práticas de intervenção nas doenças transmissíveis prevalentes em um determinado território; compreender o trabalho de enfermagem no processo de produção de serviços de saúde nesse território e identificar e realizar ações de enfermagem em saúde coletiva nesse território.

Elegeu-se, como uma das estratégias de formação em doenças transmissíveis, a construção do diagrama de

controle como um instrumento de monitoramento das doenças transmissíveis, pois por meio dele, é possível acompanhar no tempo a evolução dos coeficientes de incidência para verificar se as taxas observadas encontram-se dentro do nível esperado, permitindo a implementação de medidas profiláticas quando necessárias. O exercício didático realizado pelos alunos incluiu: a construção do diagrama de controle, o levantamento de hipóteses que pudessem explicar o comportamento das doenças, discussão dos limites e possibilidades deste instrumento para o monitoramento das doenças transmissíveis e apresentação dos resultados em seminários, com a participação de um técnico do serviço, para verificação das hipóteses levantadas, confrontando-as com a realidade do campo e da rede sanitária.

O diagrama de controle, que consiste em uma representação gráfica da distribuição da incidência média mensal de determinado agravo, observada num dado período de tempo, é baseado na teoria de probabilidades que permitem comparar a incidência observada de um determinado evento com as medidas de incidência mensais máxima e mínima (limite máximo e mínimo da incidência esperada). O princípio básico que o orienta é que as taxas de incidência das doenças podem exibir variações naturais e esperadas em torno da taxa média e que os valores mais distantes apresentam uma menor probabilidade de ocorrerem ao acaso. A observação da ocorrência de doenças transmissíveis e a avaliação de sua variabilidade mostram que sua incidência em determinado período de tempo tende a seguir uma distribuição de probabilidade estatística de ocorrência que, frequentemente, aproxima-se da distribuição esperada.^(10, 11)

Na construção dos diagramas de controle, habitualmente toma-se um período de tempo de 10 anos, no entanto, como os dados existentes no serviço só passaram a ser consolidados a partir de 1998, para o propósito do exercício didático, considerou-se o período de 1º de janeiro de 1998 a 15 de dezembro de 2003. Para a construção do diagrama de controle, foi obtido junto à UVIS Butantã o banco de dados do Sistema de Notificação de Agravos de Notificação (SINAN) referente aos casos notificados de residentes na área de abrangência da Coordenadoria de Saúde do Butantã nos anos de 1998 a 2003.

Foram selecionadas as doenças transmissíveis com maior número de casos absolutos notificados no DS Butantã no referido período: aids, tuberculose, dengue, meningites, hepatites virais e doenças exantemáticas. Cabe esclarecer que, a rigor, na construção do diagrama de controle, deve-se considerar somente os casos confirmados da doença, no entanto, para objetivo do exercício didático, foram utilizados todos os casos notificados dos residentes, conforme mencionado anteriormente, tendo isto sido devidamente discutido e explicado junto aos alunos.

A seguir são descritos os passos do exercício didático proposto, realizado pelos 96 alunos matriculados na disciplina, subdivididos em 12 grupos de sete a oito alunos. No total, foram contabilizadas, como carga horária do aluno, 17 horas para a realização do exercício, sendo quatro horas de aula expositiva e orientação, dez horas

de trabalho em grupo e quatro horas de apresentação em seminário. Foram utilizados recursos no Laboratório de Informática da EEUSP. Os dados foram analisados por meio do Windows Excel 98.

Etapas 1: Aula expositiva na qual foram lembrados os conceitos básicos de Epidemiologia, tais como: incidência, prevalência, endemia, epidemia e séries temporais. Conceituação sobre diagrama de controle, sua utilização e exemplos. A estratégia utilizada baseou-se na realização de exercícios para identificar a ocorrência ou não de uma epidemia.

Etapas 2: Aula expositiva abordando a metodologia de construção do diagrama de controle. A estratégia utilizada baseou-se na apresentação e discussão de diagramas de controle construídos para analisar o perfil de algumas doenças, como meningite, poliomielite e dengue.

Etapas 3: Orientação quanto à utilização do banco de dados do SINAN referente à UVIS Butantã. Os alunos foram instruídos quanto aos passos a serem seguidos na construção do diagrama:

- Distribuição do número de casos registrado mensalmente durante os anos selecionados (1998 a 2003).
- Cálculo da taxa de incidência da doença para cada mês de notificação do período considerado. Foi considerado como denominador para o cálculo da taxa de incidência (população exposta) a população total dos habitantes da área de abrangência da Coordenadoria de Saúde do Butantã, ou seja, 377.576 habitantes, segundo os dados censitários de 2000.
- Cálculo da média das taxas de incidência de cada mês para os cinco anos estudados. Foram excluídos deste cálculo os anos considerados epidêmicos.
- Cálculo do desvio-padrão (DP) das taxas médias de incidência mensal dos anos que foram analisados (já excluídos os anos epidêmicos).
- Determinação da faixa de incidência normal esperada por meio do cálculo do limite máximo esperado (média da incidência mensal + 1,96 x DP). Cabe ressaltar que o limite mínimo esperado não foi construído pelos alunos, tendo sido abordado apenas na aula teórica.
- Elaboração de um gráfico localizando a linha central (taxa mensal média) e a linha superior.
- Escolha de um ano epidêmico para análise por meio do diagrama de controle.

Etapas 4: Após a construção do diagrama de controle, os alunos foram orientados a interpretar o diagrama, ou seja, levantar as hipóteses possíveis para explicar a ocorrência dos resultados encontrados. Foram instruídos a coletar informações sobre a ocorrência e distribuição da doença, sua cadeia de transmissão, seus determinantes e condicionantes, os critérios de notificação dos casos, as medidas de controle indicadas e realizadas, tais como, vacinação, atividades de educação em saúde, tratamento, medidas ambientais e outras. Indicou-se, ainda, que os alunos procurassem profissionais dos serviços de vigilância epidemiológica do município para

discussão dos resultados encontrados. Ao final, os alunos apresentaram os resultados do exercício no formato de um relatório.

Etapas 5: Os resultados do diagrama de controle das doenças aids, tuberculose, dengue, meningites, hepatites virais e doenças exantemáticas foram apresentados em seminário. Contou-se com a participação de um médico sanitário da Coordenadoria de Saúde do Butantã na discussão dos resultados. Os alunos conseguiram aprender que o diagrama de controle presta-se como um bom instrumento na avaliação da ocorrência das doenças transmissíveis, particularmente nas doenças agudas e com variabilidade sazonal, tais como nas doenças exantemáticas, dengue e meningites. Diferentemente do que se observou nas doenças crônicas, como tuberculose e aids, o diagrama de controle não se mostrou um bom instrumento de monitoramento, considerando o período de tempo estudado.

Consideramos que esta estratégia de ensino da vigilância de doenças transmissíveis, ao utilizar um instrumento como o diagrama de controle, alcançou os objetivos propostos no sentido de complementar a formação do aluno de graduação em enfermagem no campo da saúde coletiva, além de sedimentar conceitos básicos utilizados nas práticas de vigilância epidemiológica e vigilância à saúde. É preciso ressaltar que esta estratégia foi avaliada de forma muito positiva pelos alunos, docentes responsáveis e profissionais do Distrito de Saúde de Butantã.

REFERÊNCIAS

- 1- Takahashi RF, Helene LF, Oliveira MAC, Ciosak SI, Nichiata LYI. Intervenções de enfermagem em infectologia. In: Veronesi R, Focaccia R, Organiadores. Tratado de infectologia. Rio de Janeiro: Ateneu; 1996. p.1535-9.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Lei Nº 8.080, de 19 set 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos ... [Citado em: maio 2005]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm
- 3- Rodrigues VM, Fraccolli LA, Oliveira MAC. Possibilidades e limites do trabalho da enfermeira na vigilância epidemiológica: rumo à vigilância à saúde. Rev Esc Enf USP 2001; 35 (4):313-9.
- 4- Fraccolli LA, Nichiata LYI, Takahashi RF, Oliveira MAC, Gryscek ALFPL. Enfermagem em doenças transmissíveis: como abordar esse tema na graduação em enfermagem? Rev Esc Enf USP 2000; 34 (4):395-400.
- 5- Takahashi RF, Oliveira MAC. Atuação da equipe de enfermagem na vigilância epidemiológica. In: Brasil, IDS, USP, MS, Organizadores. Manual de enfermagem. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.220-4. [Citado em: 25 maio 2001]. Disponível em: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem> .
- 6- Fraccolli LA, Nichiata LYI. A prevenção e o controle das doenças transmissíveis no âmbito dos indivíduos, da família e da comunidade: estudo de caso. In: Brasil, IDS, USP, MS, organizadores. Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.212-19. [Citado em: 25 maio 2001]. Disponível em: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>.
- 7- Fraccolli LA, Bertolozzi MR. A abordagem do Processo Saúde-Doença das famílias e do coletivo. In: Brasil, IDS, USP, MS, organizadores. Manual de Enfermagem. Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.4-8. . [Citado em: 25 maio 2001]. Disponível em: <http://www.ids-saude.org.br/enfermagem>.
- 8- Nichiata LYI, Takahashi RF, Fraccolli LA, Gryscek ALFPL. Relato de uma experiência de ensino de enfermagem em saúde coletiva: a informática no ensino de vigilância epidemiológica. Rev Esc Enf USP 2003; 37 (3): 36-43.

9- Prefeitura de São Paulo. Secretaria Municipal de Planejamento Urbano. [Citado em 16 nov. 2002] Disponível em: http://www.prefeitura.sp.gov.br/secretari..._numeros/regiao_metro_muni_sp_tabela5.asp

10- Rouquayrol MZ. O processo epidêmico. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 6ª ed. Rio de Janeiro: Medsi; 2003.

11- Pereira MG. Epidemiologia: teoria e prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.

Recebido em: 04/01/2005

Aprovado em: 24/11/2005

O PACIENTE CRÍTICO EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UMA REVISÃO DA LITERATURA

CRITICAL PATIENT IN AN INTENSIVE CARE UNIT: A REVIEW OF THE LITERATURE

EL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO INTERNADO EN LA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA: UNA REVISIÓN DE LITERATURA

Cristina Gomes Ribeiro¹
Carla Viviane Nunes Soares Silva²
Matilde Meire Miranda³

RESUMO

Este estudo fundamenta-se em pesquisa bibliográfica cujo tema definido foi o paciente crítico em uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI, onde se buscou abordar aspectos referentes à visão desse paciente sobre a UTI. O período escolhido para o levantamento bibliográfico compreendeu os últimos 20 anos, ou seja, de 1984 a 2003. As fontes de dados utilizadas foram: LILACS, BDENF e DEDALUS, possibilitando, após uma leitura criteriosa dos resumos e artigos, construir três categorias: Pré-conceito sobre a UTI; A vivência na UTI, aspectos positivos e negativos; UTI: um aprendizado, um retorno? A análise dessas categorias desvelou que os pacientes internados em UTIs falam acerca dos pontos positivos e negativos de sua permanência no setor, focalizando os estressores ambientais (área física, privacidade), físicos (dor) e psicológicos (rejeição, depressão, o medo da morte e a falta da família), assim como pontos diferenciais para a sua recuperação dentro do setor (comunicação, fé e segurança na equipe). Outro destaque refere-se à equipe de enfermagem que precisa rever e refazer o seu exercício profissional pautado no cuidar humano.

Palavras-chave: Unidades de Terapia Intensiva; Assistência ao Paciente; Pacientes Internados; Satisfação do Paciente; Avaliação de Resultados (Cuidados de Saúde)

ABSTRACT

This study is a bibliographical review on critical patients in an intensive care unit. The idea was to examine the patient's point of view about the ICU. The period chosen was the last twenty years, that is, 1984 - 2003. The sources used were LILACS, BDENF, DEDALUS. This made it possible to build three categories after a careful reading of the abstracts and articles: Prejudice about the ICU, Living in the ICU, Positive and Negative Aspects, ICU - a learning, a return? These categories showed that the patients in ICUs talk about positive and negative aspects of the sector, focusing on the environmental stresses (premises, privacy), physical (pain), and psychological (rejection, depression, the fear of death and absence of the family), as well as differentiating factors for their recovery in the ICU (communication, faith and trust in the team). Another highlight is the nursing team that must review and rebuild its professional practice based on human care.

Key words: Intensive Care Units; Patient Care; Inpatients; Patient Satisfaction; Outcome Assessment (Health Care).

RESUMEN

Este estudio se ha basado en una investigación bibliográfica cuyo tema es el paciente en estado crítico internado en la Unidad de Terapia Intensiva - UTI y ha buscado enfocar aspectos referentes a la opinión del paciente sobre la UTI. El período seleccionado para relevamiento de datos bibliográficos ha incluido los últimos 20 años, o sea de 1984 a 2003. Las fuentes de datos utilizadas han sido: LILACS, BDENF, DEDALUS que, tras una lectura cuidadosa de resúmenes y artículos, ha permitido elaborar tres categorías: PRE-concepto sobre la UTI; La experiencia en la UTI, aspectos positivos y negativos; UTI: ¿un aprendizaje, un regreso? El análisis de tales categorías ha indicado que los pacientes internados en UTIs hablan de los puntos positivos y negativos de su permanencia en dicho sector, apuntando los factores que provocan estrés: los ambientales (áreas físicas, falta de privacidad) físicos (dolor) y psicológicos (rechazo, depresión, miedo a la muerte y ausencia de familiares), así como de otros aspectos para su recuperación dentro del sector (comunicación, fe y confianza en el equipo). También mencionan que el equipo de enfermeros precisa rever y rehacer el ejercicio profesional pautado en el cuidado del ser humano.

Palabras clave: Unidades de Terapia Intensiva; Atención al Paciente; Pacientes Internados; Satisfacción del Paciente; Evaluación de Resultado (Atención de Salud).

¹ Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pelo Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

² Enfermeira. Especialista em Terapia Intensiva Adulto pelo Instituto de Educação Continuada da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.

³ Enfermeira. Doutora em enfermagem.

Endereço para correspondência: Rua Carvalhais de Paiva, 90, apto: 501, Cidade Nova. CEP: 31170-340. Belo Horizonte/MG. E-mail: crisloscki@bol.com.br

INTRODUÇÃO

Há algumas décadas, o tema humanização vem sendo discutido mais profundamente, talvez porque a globalização exigiu, das empresas que almejavam conquistar a competitividade, uma nova postura. Agilidade, economia, eficiência, passaram a ser requisitos indispensáveis no processo de trabalho. Assim, a revisão de processos, a reestruturação, e a reengenharia foram e são alguns instrumentos que ajudaram as empresas a se diferenciarem no mercado. A preocupação com a humanização, acoplada aos avanços tecnológicos, vem tomando destaque nos diversos setores da sociedade.

Mas, na verdade, o que é humanização, o que é humanizar?

“O conceito de humanização pode ser traduzido em uma busca incessante do conforto físico e psíquico e espiritual ao paciente, família e equipe”.⁽¹⁾

Humanizar passou a ser a palavra de ordem, seja pelo empregado que passou a ser ouvido nas suas necessidades para que pudesse dar o melhor de si pela empresa, seja pelo cliente que tomou consciência do seu direito de escolher o melhor - produto ou serviço.

Contudo, há espaços de atendimento que ainda são vistos como locais onde o cuidar humano não conseguiu atingir o patamar desejado, com a visão de que a tecnologia é hegemônica em relação à pessoa a ser cuidada. Podemos citar, como exemplo, as unidades de terapia intensiva. Para se falar em humanização nesse espaço, há de se fazer um breve histórico de como surgiram as Unidades de Terapia Intensiva (UTI's).

A Unidade de Terapia Intensiva [UTI] nasceu de uma necessidade logística: Florence Ninthingale, durante a guerra da Criméia, selecionava os pacientes mais graves, colocando-os numa situação que favorecesse o cuidado imediato e a observação constante. (...) Em 1923, Walter Dandy montou uma unidade neurocirúrgica no Hospital de John Hopkins, que era especificamente destinada a pacientes em pós-operatório. Na década de 40, em Boston, surgiu uma unidade de queimados após um incêndio em um 'night club' - Coconut Grove Fire. Já de 1947 a 1952, após uma epidemia de poliomielite, eram criadas na Dinamarca, Suíça e França unidades de assistência intensiva. E, a partir da II Guerra Mundial e da Guerra da Coreia, a experiência com o trauma nos conflitos armados era transposta para a vida civil, surgindo na década seguinte, nos hospitais norte americanos, as unidades de choque. Nessa década de 50, apareceram as primeiras salas de recuperação pós-anestésicas, novas drogas terapêuticas como o éter e os antibióticos; progressivamente surgiram também as unidades coronarianas.^(2,25)

As UTI's passaram a ser vistas como unidades de pacientes com prognósticos muito ruins, invariavelmente sem perspectiva de sobrevivência.

Franco⁽³⁾ relata, em seu estudo, o surgimento das UTIs aqui no Brasil por volta da década de 70, com a finalidade de reunir no mesmo ambiente físico pacientes recuperáveis, tecnologia e recursos humanos capacitados ao cuidado e observação constante. As UTI's nasceram em uma época de auge do milagre econômico, em que as

técnicas curativas eram mais importantes que as preventivas e de promoção à saúde.

Nesse contexto, as UTI's se cobriram com uma aura de unidades fechadas, intransponíveis, mesmo dentro do próprio hospital.

O avanço tecnológico e científico permitiu o prolongamento da vida e, principalmente, a reversão de doenças antes sem prognóstico. Os aparelhos cada vez mais sofisticados: respiradores, monitores, bombas para infundir medicações e outros suportes e a necessidade de espaço nos grandes hospitais aumentaram o estereótipo de unidades frias e desumanas, cheias de “máquinas” onde somente caberia o raciocínio científico, estando a doença acima do próprio ser humano.

Trabalhar em uma UTI é viver diariamente a dúvida de até onde ir, por que ir, quando parar, em que investir e, mais ou menos conscientemente, refletir se, quando suprimimos a liberdade física, psicológica, real de um ser humano, não o estamos mutilando, castrando no que constituía sua essência e aspiração mais profunda. [...] O que se questiona, ou o que nos parece necessário refletir, é até que ponto o progresso técnico, como se realiza hoje, é 'saudável' e promove o crescimento e a harmonização das pessoas, uma vez que quando questionamos os próprios profissionais da área da saúde, nenhum deles deseja a UTI para si mesmo ou para seus entes queridos. Todos preferem, quando muito doentes, morrer 'dormindo', em casa, de repente, sem dor...^(4,2)

Atualmente, há uma luta contra esta imagem tão distorcida criada nesses anos. Os profissionais dessas unidades passaram a lutar pela humanização das mesmas. Mas, humanização é uma mudança de atitude e postura de toda uma equipe multiprofissional – enfermagem, fisioterapia, nutrição, medicina e psicologia – não somente uma mudança arquitetônica.

Vivenciando de perto todo o processo saúde-doença de cada um dos nossos pacientes e motivadas pela inquietude do que mais poderia ser realizado com o objetivo de melhorar a permanência da pessoa em uma UTI, a partir de sua perspectiva, para tornar seu ambiente mais tranquilo, acolhedor e menos assustador, nós, enfermeiras, sentimos a necessidade de saber o que há na literatura acerca do sentimento da pessoa que esteve internada em uma UTI.

Este estudo justifica-se, portanto, pela provável contribuição à melhoria da assistência de enfermagem, uma vez que amplia o conhecimento sobre o sentimento do paciente na UTI, possibilitando minimizar os pontos frágeis, à medida que o paciente for tratado integralmente, como pessoa, sujeito de direitos e deveres.

Para tal, este trabalho tem o objetivo de analisar a produção científica sobre a humanização do atendimento ao paciente crítico internado em Unidade de Terapia Intensiva, na perspectiva do próprio paciente.

METODOLOGIA

No presente estudo, realizamos pesquisa bibliográfica a partir do rastreamento feito em material de fonte secundária, por meio do computador com acesso à Internet, consultando o endereço eletrônico da BIREME e o da USP.

As fontes de dados utilizadas foram: LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), BDENF (Banco de Dados da Enfermagem) e DEDALUS (Banco de Dados da Universidade Federal de São Paulo). A busca bibliográfica compreendeu o período de 1983 a 2003 e os unitermos utilizados foram: humanização eUTI; paciente em uma UTI; centro de terapia intensiva; humanização da assistência e da UTI; Enfermagem.

Apesar de terem sido selecionados 44 artigos, apenas 22 se enquadraram no tema proposto para este estudo. Cabe referir que todos os artigos foram lidos exaustivamente, com a intenção de se obter uma compreensão dos mesmos. Assim, de início, eles foram selecionados pelo nome. Posteriormente, de acordo com o seu resumo, foram listados para serem lidos apenas os que, aparentemente, tinham relação com o tema proposto.

A leitura de todos os documentos encontrados foi realizada na íntegra, sendo elaborados resumos dos textos. Houve, assim, a decodificação dos dados coletados que foram agrupados por similaridades, permitindo a construção de três categorias de análise, como se segue:

- 1- Pré-conceito sobre a UTI.
- 2 - A vivência na UTI :aspectos positivos e negativos.
 - 2.1 - Fatores estressantes dentro de uma UTI;
 - 2.2 - Fatores diferenciais à recuperação do paciente;
 - 2.3 - Equipe de enfermagem;
- 3 - UTI, um aprendizado, um retorno?

RESULTADOS E ANÁLISE

Antes de adentrar na análise das categorias, cabe ressaltar que o processo de hospitalização de um ente familiar é uma experiência de vida que atinge de forma estressante todos os membros da família. A indefinição pelo futuro, a incerteza acerca do prognóstico resultam em uma desestruturação psicológica que atinge, concomitantemente, pacientes e familiares, provocando reações e movimentos muitas vezes desordenados e descontrolados.

A internação, para o paciente, é vivenciada como um: processo de 'separação do mundo', no qual a permanência no hospital interfere diretamente na rotina pessoal de cada ser, o que pode implicar resistência, ou ineficiência de medidas terapêuticas empregadas, como consequência do estresse, angústia e até medo. ^(5: 5-6)

À medida que se prolonga e/ou complica o estado de saúde do paciente, a internação em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) se faz presente. O que normalmente se encontra é uma reação de temor do que poderá acontecer nessa "UTI", onde a visão do paciente está relacionada não apenas ao ambiente físico dessa unidade. Mas é influenciada, também, por outros fatores como a aceitação de estar na UTI, o medo da morte, a presença ou ausência da família e a qualidade do cuidado e da atenção dos profissionais que ali trabalham (humanização da assistência).

Para Penna^(6:124), as reações dos pacientes estão relacionadas a fatores como "nível de consciência, grau de comprometimento orgânico, significado simbólico da doença, experiências anteriores com doença e hospitalização, nível cultural e intelectual, personalidade pré-mórbida e relações interpessoais com a equipe".

PRÉ-CONCEITOS SOBRE A UTI

Ao ter acesso aos textos que traziam como tema principal a UTI, verificamos que todos eles referem-se à UTI como ambiente agressivo, tenso e traumatizante. Nosso cotidiano em Terapia Intensiva tem nos mostrando que, para os leigos (pessoas não ligadas à área da saúde), o que conta é a vivência de outras pessoas que estiveram em uma UTI, ou mesmo a visão repassada através de novelas ou seriados da televisão, em que o paciente se encontra como em uma "redoma de vidro", intransponível e intocável. Apenas a equipe de saúde consegue ter acesso a ele para executar procedimentos de alta complexidade que poderão "definir" sobre sua vida ou morte.

Lemos⁽⁵⁾, confirma essa assertiva ao analisar os depoimentos de pessoas que vivenciaram a internação na UTI. Estas explicitam que imaginavam que os familiares só poderiam vê-las através do vidro, não poderiam manter contato verbal com eles e fazer apenas acenos com as mãos. Continuaram verbalizando que seu imaginário induzia-as a ver a UTI como o local onde as pessoas ficavam isoladas, cercadas por uma cortina, sozinhas, como se fossem presas dentro de uma cela.

Por tudo isso, a Unidade de Terapia Intensiva

"Apesar de ser um local ideal para o atendimento aos pacientes agudos recuperáveis, (...) é um dos ambientes hospitalares mais agressivos, tensos e traumatizantes, uma vez que ali se desenvolve tratamento intensivo, hostil pela própria natureza, pois, além da situação crítica em que o paciente se encontra, existem outros fatores altamente prejudiciais à sua estrutura psicológica, como falta de condições favoráveis ao sono, intercorrências terapêuticas frequentes, isolamento, suposição da gravidade da doença até mesmo risco de vida." ^(7:12)

A VIVÊNCIA NA UTI: aspectos positivos e negativos

Esta categoria é dividida em subcategorias atendendo às especificidades encontradas.

O estresse é um dos fatores inerentes à vida em uma UTI, devido ao tipo de assistência prestada e à gravidade dos pacientes internados neste setor. Trata-se de um ambiente atípico, onde o imprevisível é sempre esperado por toda equipe multidisciplinar que lá trabalha.

Bringuete⁽⁸⁾ considera que o estresse pode aparecer em momentos de dor, medo, fome, sede, raiva e alegria, estando relacionado ao sofrimento, privação sensorial e cultural. Portanto,

Estar internado na UTI significa, então, ser assistido através de muitos aparelhos, receber o cuidado que é técnico, invasivo, que provoca dor, mas que apesar de

todo o sofrimento e angústia vivenciados, o paciente em estado crítico aceita essa forma de assistência intensiva porque reconhece ser essa a maneira de cuidar que não o deixa morrer.^(9:62)

Os sentimentos referidos por pacientes internados em uma UTI, de acordo com Franco⁽³⁾, são: solidão, desamparo, abandono e medo, que refletiram em atitudes que variam do silêncio às manifestações emocionais, como choro e agitação.

Por tudo isso, o que se vê são pacientes criando ao seu redor estratégias de enfrentamento dessas situações de vida que estão relacionadas com “a reza, o choro, a fuga e a raiva, mecanismos de escape das tensões.”^(8:105)

FATORES ESTRESSANTES DENTRO DE UMA UTI

Lemos⁽⁵⁾, Bringuete⁽⁸⁾, Ernesto e Zanei⁽¹⁰⁾ e Bedran⁽¹¹⁾ explicitam que vários são os motivos de estresse. Entre eles estão a poluição sonora, a dor, a ansiedade e a desinformação em relação à própria doença, as rotinas do setor e os procedimentos que serão realizados, e o motivo dessa invasão. Todos esses componentes agrupados e acrescidos pela ausência da família poderão se transformar em um desequilíbrio psicológico que, conseqüentemente, irá influenciar no prognóstico e recuperação desse paciente.

Ainda diversos outros pontos estressores foram identificados nesse estudo. Esses podem ser relacionados em estressores ambientais (estrutura física), estressores físicos (dor) e estressores psicológicos (morte, ausência da família, depressão, rejeição e regressão) como os mais citados nas referências bibliográficas que fundamentam este estudo.

No que diz respeito aos estressores ambientais, a área física é a mais citada. Os estudos de Ernesto e Zanei⁽¹⁰⁾, Nascimento e Martins⁽¹²⁾ e Padilha⁽¹³⁾, apontam que os pacientes internados apresentaram, como pontos negativos, o fato de se ouvir e ver tudo o que ocorria ao redor. Pessoas gritando e morrendo foi uma situação traumatizante mostrada no discurso dos pacientes entrevistados. Evidenciou-se o barulho, enfatizado pela dificuldade para dormir e a ansiedade e medo por não se saber decodificar o motivo desse barulho, como forte fator de estresse.

A falta de privacidade emerge como um coadjuvante importante no ambiente. Segundo Sales⁽¹⁴⁾, a privacidade foi ressaltada mediante o constrangimento do paciente ao expor seu corpo ao olhar e toque de um profissional de saúde. Assim, é oportuno trazer à tona a preocupação com a banalização do banho de leito que “por ser um procedimento rotineiro no exercício profissional, a sua complexidade, em se tratando do pudor corporal, às vezes é esquecida na prática, transformando-o em uma tarefa meramente mecanizada”.^(14:160)

Realmente, o que se vê nas UTIs, sejam elas construídas há mais tempo ou recentemente, é uma inadaptação às necessidades pessoais do ser humano. A estrutura física vista na maioria dos locais é inapropriada à privacidade do paciente. A falta de banheiros e a participação constante do paciente em acontecimentos, principalmente da fragilidade da vida humana, estão presen-

tes e repercutem na visão do paciente acerca do ambiente da UTI.

Em se tratando dos estressores físicos, a dor se mostra com grande força. Ela é um dos problemas da UTI ao qual a equipe deve estar atenta. Pacientes que têm sua internação prolongada ou que são considerados fora de possibilidade terapêutica acabam por estabelecer uma rotina de cuidados diários repetitiva, fazendo com que as pessoas se acostumem com a atenção a ser dada, limitando sua percepção às reações que o paciente demonstre. Essa constatação se torna mais evidente para os pacientes considerados fora de possibilidade terapêutica, havendo um pré-conceito de que os mesmos estão ali apenas aguardando a morte.

O que se percebe, entretanto, é que muitas vezes a equipe de saúde minimiza o cuidado quanto às necessidades daquele paciente, restringindo componentes da prescrição médica que possam proporcionar seu conforto, e o que ocorre, ao final do processo, é que esse paciente recebe alta da UTI, contrariando as expectativas da equipe e demonstrando o quanto o cuidado deve ser realizado de forma holística e universal aos pacientes internados no setor independentemente de seu prognóstico.

A atenção e a agilidade para atender às necessidades do paciente são outra questão enfocada pelo estudo de Nascimento e Caetano⁽⁷⁾, Guirardello⁽¹⁵⁾, no qual relatam que quando a equipe não se encontra disponível para atender o paciente, acaba-se criando nele um estado de pânico ao imaginar que algo possa acontecer e ninguém estará por perto para ‘salvá-lo’.

Outro ponto negativo é pertinente aos estressores psicológicos. Dentre eles destacamos a rejeição de estar internado neste setor, a depressão, a regressão, o medo da morte e a falta da família.

Na concepção de Nascimento e Caetano⁽⁷⁾, Lemos⁽⁵⁾, Castro⁽⁹⁾ o sentimento de satisfação está diretamente vinculado ao tipo de assistência prestada pela equipe, através da atenção, da presença, e do cuidado dedicado aos pacientes internados favorecendo sua confiança e a segurança no setor.

Em relação à depressão, Rocha⁽¹⁶⁾ relata que a tristeza é uma das mais comuns manifestações psíquicas dos pacientes internados em Terapia Intensiva e se deve ao pouco vínculo afetivo estabelecido entre paciente-equipe de saúde, bem como aos fatores estressores como dor, falta de sono, desorientação do paciente quanto ao tempo e espaço.

Sobre a regressão, Guirardello⁽¹⁵⁾ enfoca que o paciente, ao internar-se em uma UTI, pode passar por essa dificuldade. A regressão é caracterizada por um comportamento infantil e dependente devido à necessidade do paciente de confiar a uma pessoa “estranha” cuidados básicos como alimentação e higiene.

Como não poderia deixar de ser, a morte é um fantasma que ronda o cenário das terapias intensivas. Verificamos que o medo da morte se mistura com a falta de esperança na cura, mostrando a vulnerabilidade do ser próximo a sua finitude. Quando se vêem ante a morte, alguns pacientes passam por momentos de autenticidade

ao refletirem sobre o modo como estavam levando a vida. Essa autenticidade auxilia-os a despertar para sua existência, valorizando a vida e refletindo sobre suas atitudes.

Um estressor fortemente referido diz respeito à falta da família. O isolamento social é a principal causa de ansiedade em decorrência da sensação de perda da função e da auto-estima, sensação de desamparo, isolamento e medo da morte. A família, desde que bem orientada e psicologicamente estruturada, deve ser considerada como aliada no processo de internação por promover a autoconfiança e auxiliar na auto-estima do paciente. Isso faz com que as possibilidades de recuperação sejam renovadas continuamente proporcionando uma grande ajuda ao plano terapêutico instalado.

FATORES DIFERENCIAIS À RECUPERAÇÃO DO PACIENTE

Diante de todos esses pontos negativos e dificuldades de uma permanência confortável e menos sofrível do paciente em uma UTI, relacionamos fatores que possam apaziguar esse momento delicado da vida humana. Esses fatores se expressam pela comunicação, a fé em um ser superior e a segurança do paciente na equipe de saúde.

Franco⁽³⁾, Lemos⁽⁵⁾, Bedran⁽¹¹⁾ e Padilha⁽¹³⁾ relatam que um paciente informado sobre as rotinas do setor, seus equipamentos e as funções específicas de cada membro da equipe e o porquê de cada procedimento e/ou medicação realizada, se sentirá mais tranquilo nesse novo ambiente.

“A comunicação é a própria essência do relacionamento humano, pois é através dela que os seres humanos trocam mensagens ou não, e assim afetam reciprocamente suas vidas e a dos outros”. (12:95)

Um quesito de grande auxílio para as pessoas hospitalizadas, e que está presente nos textos lidos, é a fé. Por motivos não explicados cientificamente, a fé produz mudanças internas nas pessoas. O medo de perder quem se ama, ou de morrer, faz com que as pessoas se voltem para uma instância superior buscando uma graça, um milagre que as livre do sofrimento e conceda paz de espírito. Para Lemos⁽⁵⁾, a fé encontra-se presente na UTI desde a porta de entrada, onde se encontram imagens sagradas e bíblias, até no ambiente, de forma introspectiva. Tanto o paciente quanto sua família, ao vivenciarem essa experiência de internação, voltam-se para Deus buscando ajuda espiritual para vencerem as dificuldades.

Também a segurança é pontuada como um fator facilitador para aceitação do tratamento dentro da UTI. Ela é um fator que deve ser buscado pela equipe de saúde a todo o momento. Entretanto, transparecer esse sentimento é um dos desafios devido à dificuldade de se expressar e posicionar-se frente ao paciente de forma adequada e clara. A presença e a atenção ao paciente, agrupado a firmeza de respostas aos questionamentos demonstrando apropriação de conhecimentos, facilita esse processo.

A EQUIPE DE ENFERMAGEM

De acordo com Nascimento e Caetano⁽⁷⁾, o papel da enfermagem é imprescindível para que a assistência seja realizada de forma holística. Concordamos com os au-

tores quando afirmam que a identificação das necessidades do paciente, assim como de suas expectativas em relação ao cuidado facilitarão o trabalho da equipe e minimizarão reações como medo, angústia, insegurança e rejeição à internação.

De acordo com Sales⁽¹⁴⁾, em relação ao cuidado recebido, houve depoimentos que relataram a maneira carinhosa e atenta com que os pacientes foram cuidados. Outros, entretanto, relataram o descuido, revelado através do descaso, da desatenção e até agressão aos direitos da pessoa decidir sobre seu corpo, sua doença.

Para Bringuete⁽⁸⁾, a dificuldade de relacionamento paciente-enfermagem é caracterizada pelo atendimento mecanizado, tecnicista, frio, desumano, sem diálogo e impaciente. A equipe foca o paciente de forma fragmentada, tratando-o como uma doença a ser cuidada.

O relacionamento da equipe de saúde-paciente deve ser “baseado numa estrutura ética de absoluto e profundo respeito pela vida humana, que visa ajudar o paciente a expressar suas idéias, sentimentos e comportamento”. (17:126) Essa autora reforça ainda que o enfermeiro deve estar disponível para uma comunicação verbal e não-verbal, observando o paciente e identificando suas necessidades básicas. Essa atitude possibilitará ao paciente uma sensação de confiança e cuidado.

Para Bringuete⁽⁸⁾, os estressores vivenciados pelos pacientes poderiam ser minimizados se houvesse uma equipe de enfermagem mais humana e alerta às falhas contidas no setor e que isso só seria possível se essa equipe trabalhasse em melhores condições. Nessa concepção, Vila e Rossi⁽¹⁸⁾ enfocam a necessidade de cuidar de quem cuida. O estresse vivenciado pelos profissionais de saúde que trabalham em uma UTI reflete diretamente na qualidade de assistência prestada ao paciente.

Concordamos com as falas desses autores ao afirmarem que a maioria dos membros dessa equipe tem mais de um emprego e o fato de o ambiente da UTI ser instável acaba por sobrecarregá-los, pois, além de darem atenção ao paciente (como pessoa), com todos os procedimentos necessários ao tratamento da doença, motivo da sua admissão na UTI, ainda têm que estar atentos à família.

UTI: UM APRENDIZADO, UM RETORNO?

Lemos⁽⁵⁾ conclui, em seu estudo, que o significado da UTI para as pessoas é o medo. Medo da morte, da incapacidade, da solidão. Por todos esses motivos é que se tem a experiência da UTI como o significante mais traumatizante. Significante porque as pessoas que passaram por ela começaram a dar mais valor à vida e a encará-la sob uma nova ótica, com mais amor. Traumatizante porque nenhum paciente entrevistado quer voltar a viver essa experiência, chegando a invocar o nome de Deus para o livrar de um futuro sombrio dentro dessa unidade.

Franco^(3:129) relata que somente a vivência da UTI faz com que muitos pacientes modifiquem sua percepção sobre esse setor. O paciente passa a redefinir “a unidade como um local para se recuperar, justificando essa mudança de percepção pela segurança oferecida pela utilização do equipamento de monitoração e pelas condições de tratamento ali verificadas”.

Apesar de todo esse estresse, todo esse medo vivenciado dentro da UTI, conseguimos perceber sentimentos de gratidão, e felicidade, quando pacientes que ali estiveram internados, ao se verem de alta do setor, denotam angústia, tristeza e insegurança pela possibilidade de sentirem falta dos profissionais que estiveram ao seu lado nos momentos mais difíceis da internação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muitas são as percepções dos pacientes a respeito da UTI. O que se verifica é que a UTI, muitas vezes referendada como um local permeado pelo sofrimento e morte, pode se transformar em um local necessário à recuperação da vida.

Somos favoráveis a Castro⁽⁹⁾ quando ele atesta que a UTI é um ambiente que não está preparado para realizar o cuidado do paciente como pessoa que tem história, família, vida social. Entretanto, hoje se vê um movimento pela humanização e desmitificação da UTI, tanto em relação à área física, quanto aos profissionais de saúde. Movimento esse que encontra muitas dificuldades pela necessidade – que lhe é implícita – de modificar comportamentos e atitudes já enraizadas e moldadas nas pessoas, seja como forma de proteção à dor e sofrimento alheio, seja pela comodidade de cuidar do outro além da técnica.

Alterar o conceito tido por toda a sociedade sobre a UTI é utopia, mesmo porque este é o setor em que mais freqüentemente se morre dentro de um hospital. Isso remete à memória humana momentos de angústia e sofrimento relacionados ao ambiente UTI e não ao estado de saúde do paciente, que muitas vezes adentra o setor sem indicação alguma de cuidados intensivos seja pela idade seja pela doença de base.

Por mais que a internação em uma UTI tenha sido benéfica para o paciente e ele reconheça isso, ninguém deseja precisar novamente da UTI. Isso se dá pelo próprio raciocínio de que para você precisar de uma UTI, você precisa estar doente - o que ninguém quer -, e também precisa de uma atenção mais especial. Essa atenção é decodificada pelas pessoas como estar grave.

Neste estudo, nos propusemos pesquisar o que a literatura nos dizia sobre a visão do paciente crítico em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Vimos muitos pontos convergentes em relação à precariedade do ambiente físico e psíquico que não oferece estrutura apropriada para receber tanto a família quanto o próprio paciente. A organização da UTI é realizada em espaços muitas vezes não planejados especificamente para agregar pacientes graves e sim selecionados de acordo com a necessidade e disponibilidade da instituição. Mesmo em projetos de UTIs recentes não se observa uma preocupação com locais que possam abrigar paciente e família, dificultando a participação do familiar no processo de recuperação de seu ente querido, refletindo-se nas alterações psicológicas às quais o paciente está exposto dentro da UTI.

Em relação aos estressores psicológicos e à dor referida pelo paciente, o que se observa é uma necessidade de que a equipe de enfermagem atue de forma ética,

compromissada com o paciente e assistindo-o de forma holística. Observamos nos textos lidos que, no momento em que o paciente passa a interagir com o ambiente, sendo incorporado às conversas da equipe, respeitado em suas opiniões, medos e sensações, ele passa a sentir-se mais útil e menos só. Isso influencia na dinâmica do tratamento e propicia uma recuperação mais eficaz e rápida.

Em uma Unidade de Terapia Intensiva, muitos dos profissionais que ali trabalham deparam com dificuldades para lidar com pacientes conscientes. Preferem cuidar dos pacientes que se encontram impedidos de falar seja por artifício como tubos, sedação seja pelo estado de doença em que se encontram, perdendo o controle do seu próprio corpo, estando submissos ao cuidado alheio, não apresentando, portanto, nenhum grau de autonomia sobre si. Mesmo aqueles pacientes que reivindicam atenção às suas necessidades, muitas vezes calam-se, temerosos quanto a retaliações que possam sofrer se “incomodarem” as pessoas que trabalham no setor.

Com isso o que se vê é a mecanização do cuidado; onde os profissionais de saúde transformam a pessoa em um objeto sobre o leito e a manipulam como se não tivesse sentimento.

A Federação Mundial das Sociedades de Medicina Intensiva e Cuidados Críticos, através de um comitê de ética em cuidados intensivos, criado em 1989, estabeleceu os direitos do doente crítico: receber cuidados especializados que reduzam ao mínimo os riscos de morte ou de incapacidade permanente; obter informações adequadas...; recusar tratamentos desde que informado das consequências de suas decisões; utilizar-se dos mais apropriados recursos disponíveis; receber visitas, bem como, se assim o desejar, apoio espiritual ou moral; ter a garantia de que as informações relativas ao seu cuidado sejam confidenciais; ser tratado com respeito e dignidade pelo ‘staff’ de cuidados intensivos; dentre outros... (19:300)

Muitos desses direitos, as instituições de saúde tentam normatizar, buscando minimizar conflitos e satisfazer a vontade de seus clientes da melhor forma possível. Entretanto, o maior investimento é sensibilizar os profissionais de saúde que estão na linha de frente do cuidado, para que se humanizem, humanizando o cuidar do outro.

Em todos os estudos realizados, o fator humano é o que apresenta a maior insatisfação por parte dos pacientes. Também é o único fator que pode ser alterado, por meio da modificação das condutas junto ao paciente dentro de uma UTI. O que seria da área física, por mais apropriada que fosse, se não houvesse o ser humano para questioná-la e modificá-la, tornando-a mais alegre e acolhedora?

Acreditamos haver multiplicidade de fatores que fazem da UTI um ambiente agressivo, frio e desumano e não somente a conduta dos profissionais que lá trabalham. Entretanto, quanto mais profissionais e humanos nós formos, mais fácil será cuidar e, conseqüentemente, os pacientes começarão a sentir que ali existe muito mais do que a técnica, há também a compaixão, o respeito, o companheirismo e a sabedoria.

REFERÊNCIAS

1. Associação de Medicina Intensiva Brasileira. Curso de humanização da AMIB. São Paulo, [200-?]
2. Lino MM, Silva SC. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. *Rev. Nurs.*, São Paulo, 2001 out.; 4 (41):25-9.
3. Franco GRRM. A unidade de terapia intensiva: um estudo sobre a comunicação entre profissionais e pacientes. [tese]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina - Universidade Federal de São Paulo; 1999.
4. Cintra EA, Nishide VM, Nunes WA. Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª ed. São Paulo: Atheneu; 2003.
5. Lemos RCA. O significado cultural do processo de internação em centro de terapia intensiva por clientes e familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade. [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Enfermagem, Faculdade de Ribeirão Preto; 2001.
6. Penna T. Reações emocionais de pacientes internados em UTI por tempo prolongado. In: *Anais do I (Congresso Brasileiro De Psiquiatria E Medicina Interna, 1988, São Paulo. São Paulo: Editora Astúrias; 1988. p. 124-5.*
7. Nascimento AR, Caetano JA. Pacientes de UTI: perspectivas e sentimentos revelados. *Rev Nurs*, São Paulo, 2003 fev.; 6: 12-7
8. Bringue MEO. Estressores vivenciados por pacientes de terapia intensiva e suas estratégias de enfrentamento: um estudo direcionado à assistência de enfermagem. [tese] Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Ana Nery; 2000.
9. Castro DS. Experiência de pacientes internados em UTI [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1990.
10. Ernesto DZL, Zanei SSV. Alterações do comportamento do paciente de terapia intensiva. *Atual. Tecnol.* 1988 jul.; 9: 9-13.
11. Bedran JN. O Centro de Tratamento Intensivo como fonte de estresse psicológico. *An. Fac. Méd. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte*, 1985 jan./jun.; 34(1): 43-58.
12. Nascimento MTF, Martins VP. Fênix: das cinzas à luz - relatos dos egressos de unidade de tratamento intensivo. *Rev Escola Ana Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 2002 abr.; 6 (1): 89-98.
13. Padilha KG. O coronariopata e o ambiente da unidade de terapia intensiva: estudo da influência dos procedimentos invasivos. *Revista Escola Enfermagem da USP, São Paulo*, v. 21, n.1, p. 37-46, abril. 1987.
14. Sales LVT. O mundo-vida no centro de tratamento intensivo: experiência do ser em situação de doença. [tese]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG, Universidade Federal de Minas Gerais; 2002.
15. Guirardello EB et al. A percepção do paciente crítico sobre sua permanência na unidade de terapia intensiva. *Rev Esc Enfermagem da USP, São Paulo*, 1999 jun.; 33: (2): 123-9.
16. Rocha AS. O clínico e as manifestações psíquicas no paciente de UTI. In: *Anais do I (Congresso Brasileiro De Psiquiatria e Medicina Interna. 1988. São Paulo: Editora Astúrias; 1988. p.117-9.*
17. Fernandes MFP. A enfermagem e as manifestações psíquicas nos pacientes de UTI. In: *Anais do I (Congresso Brasileiro de Psiquiatria e Medicina Interna. São Paulo: Editora Astúrias; 1988. p.125-7.*
18. Vila VSC, Rossi LA. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: "muito falado e pouco vivido". *Rev Latino-Am Enf, Ribeirão Preto*, 2002 mar./abr.; 10 (2): 137-44.
19. Corrêa AK. O paciente em centro de terapia intensiva: reflexão bioética. *Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo*, 1998 dez.; 32 (4): 297-301.

Recebido em: 12/12/2004

Aprovado em: 25/11/2005

TRANSFERÊNCIA E CONTRATRANSFERÊNCIA NA ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA

TRANSCERENCE AND COUNTER-TRANSCERENCE IN PSYCHIATRIC NURSING

TRANSFERENCIA E CONTRATRANSFERENCIA EN LA ENFERMERÍA PSQUIÁTRICA

Flávia Corpas¹
Cristina Maria Douat Loyola²

RESUMO

O presente artigo aborda o tema da transferência e contratransferência na prática da enfermagem psiquiátrica. A partir da literatura sobre tal prática foi possível observar a ocorrência dos dois fenômenos teorizados pela psicanálise no universo de cuidados da enfermagem psiquiátrica, muito embora tais fenômenos recebam outras denominações. Estas articulações permitem ao profissional refletir sobre uma prática onde a subjetividade do paciente deve ser considerada como matéria de extrema importância na relação terapêutica.

Palavras-chave: Enfermagem Psiquiátrica; Saúde Mental; Transferência (Psicologia); Cuidados de Enfermagem; Reforma dos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

This article addresses the theme of transference and counter-transference in psychiatric nursing. Starting with the literature, it was possible to see two phenomena in Psychoanalysis in the universe of psychiatric nursing care, although they receive other names. This makes it possible for health professionals to reflect on a practice in which the patients' subjectivity must be considered as extremely important material in the therapeutic relationship.

Key words: Psychiatric Nursing; Mental Health; Transference (Psychology); Nursing Care; Health Care Reform.

RESUMEN

El siguiente artículo enfoca los temas de transferencia y contratransferencia en la práctica de enfermería psiquiátrica. Gracias a información sobre dicha práctica se ha podido observar la existencia de los fenómenos explicados por el psicoanálisis en el universo de cuidados de enfermería psiquiátrica, pese a que dichos fenómenos reciban otros términos. Esta realidad le permite al profesional reflexionar sobre una práctica donde la subjetividad del paciente deberá considerarse como materia de suma importancia en la relación terapéutica.

Palabras clave: Enfermería Psiquiátrica; Salud Mental; Transferencia (Psicología); Atención de Enfermería; Reforma en Atención de la Salud.

¹ Psicóloga e Psicanalista. Especialista em Saúde Mental e Psicanálise pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

² Enfermeira. Professora Titular da Escola Anna Nery/UFRJ. Doutora em Saúde Coletiva/IMS/UERJ. Pesquisadora do CNPq.

Endereço para correspondência: Av. João Luiz Alves, 282/01 - Urca, Rio de Janeiro/RJ, Cep 22291-090. E-mail: f.corpas@terra.com.br

INTRODUÇÃO

Muitas vezes, nós, profissionais de saúde mental, em nossa prática diária, nos deparamos com sentimentos de amor, amizade ou ódio que nos são endereçados pelos pacientes. Tantas outras vezes nos damos conta de que também nutrimos sentimentos de ternura, afeto, hostilidade ou agressividade por esses pacientes. Estamos aqui no campo da transferência e contratransferência, respectivamente.

Esta breve descrição, que relata fatos da experiência diária de qualquer profissional de saúde mental, revela que transferência e contratransferência são fenômenos que podem se manifestar no cuidado, independente da formação profissional.

É importante lembrar que, muito embora tenha partido da psicanálise a iniciativa de se ocupar de tais fenômenos, produzindo teorizações sobre eles e utilizando-os como instrumentos clínicos, não significa que tais fenômenos se restrinjam à psicanálise e sua prática clínica. Muito pelo contrário, Freud⁽¹⁾ ressaltava, já em 1912, o fato de que a transferência não deveria ser atribuída à psicanálise, mas sim aos sujeitos. Por serem fenômenos que dizem respeito ao sujeito poderão, então, se manifestar em toda prática que dele se ocupa, seja psiquiatria, enfermagem, psicanálise, terapia ocupacional, assistência social, etc.

Segundo Loyola⁽²⁾, transferência, cuidado e multidisciplinaridade são noções intimamente articuladas no campo clínico.

Então, não há mais como negar a multidisciplinaridade desta assistência da qual vínhamos falando. Porque ela é baseada na clínica, e na transferência, base de toda dinâmica de cuidado em saúde mental. A transferência transita na multiprofissionalidade, não obedece à divisão das disciplinas, e costuma, na maior parte das vezes, ser totalmente indisciplinada.⁽²⁾

Loyola aponta ainda para a dimensão clínica do cuidado, marcando sua importância no campo da saúde mental. Ao aproximar clínica e cuidado surge a questão da transferência, base de toda dinâmica de cuidado em saúde mental, como ressalta a autora.

Ao afirmar que a transferência transita na multiprofissionalidade e que não obedece à divisão das disciplinas, a autora sugere a idéia de que a transferência se lança para qualquer profissional que estiver exercendo a função de cuidador*. A característica “totalmente indisciplinada” nos leva a pensar no aspecto inconsciente que constitui a transferência.

METODOLOGIA

A discussão proposta neste artigo se desenvolveu a partir da revisão da literatura sobre o tema e das reflexões e observações tiradas da participação no Laboratório de Pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica (Lapeps) da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Transferência e Contratransferência

Em “A dinâmica da transferência”⁽¹⁾, Freud inicia seu trabalho dizendo que cada indivíduo possui um método próprio de conduzir-se na vida amorosa, isto é, existem pré-condições muito particulares em cada sujeito que

definem as relações amorosas deste, a escolha pelas pessoas com quem ele se relaciona e os objetivos que ele busca com essas relações**.

Este método próprio, intitulado por Freud⁽¹⁾ de “clichê estereotípico”, é constantemente repetido pelo sujeito nas suas relações. Tal clichê é formado a partir da disposição inata do sujeito e das influências sofridas na primeira infância.

Podemos dizer então que, quando nos relacionamos, fazemos isso a partir desse “clichê estereotípico” que se repete.

Isto que é constantemente reimpresso nas relações pode também se produzir na relação com o profissional que cuida, aquele a quem o sujeito supõe portar um saber sobre seu sintoma e sofrimento, algo que este mesmo sujeito imagina não possuir. Está aí estabelecida a transferência.

Dois pontos fundamentais sobre a transferência foram colocados. Ela é uma manifestação do universo subjetivo do paciente, que encontrou na figura de determinado cuidador possibilidade de manifestação, pois é compatível com as condições de relação previamente estabelecidas pelo sujeito. Isto é de fundamental importância para compreendermos que ao paciente não importa quem é de fato o cuidador, não importa a pessoa do cuidador, mas sim a figura que ele constrói do cuidador, a partir de suas pré-condições. Sem dúvida alguma, a presença concreta do cuidador faz parte da transferência, desta recombinação dos elementos da infância e das experiências atuais, tal como aponta Mafrá⁽³⁾. Mas esta presença é marcada pela realidade subjetiva do paciente, que faz do cuidador alguém construído por ele.

O outro ponto é o fato da transferência estar atrelada à atribuição de saber ao cuidador. Para que o fenômeno de repetição do clichê amoroso receba o nome de transferência é preciso que ela se estabeleça devido ao fato do paciente crer que o cuidador sabe algo sobre seu tratamento, seu sofrimento e seu sintoma, coisas que o paciente acredita lhe faltar.

Freud diz ainda que este método de conduzir-se na vida erótica é constituído tanto por impulsos conscientes quanto inconscientes. Desta forma, também na transferência estão em jogo conteúdo conscientes e inconscientes. Estas características da transferência são importantes para entendermos os tipos de transferência positiva e negativa, bem como a questão da indisciplinaridade colocada por Loyola⁽²⁾.

Segundo Birman⁽⁴⁾, a formulação da existência do inconsciente proposta por Freud, como um outro registro psíquico, além da consciência, não só inaugura a psicanálise como subverte todos os saberes sobre o psiquismo até então instituídos e, conseqüentemente, os saberes sobre o humano. Os sujeitos, então, não são mais seres

* Entendido aqui como aquele que exerce o cuidado, ou seja, qualquer profissional que se ocupe do cuidado em saúde mental, e não se restringindo a categoria profissional “cuidador em saúde”.

** Quando falamos em relação amorosa não nos referimos apenas a namoro ou casamento, mas também a amizade, relação pais e filhos e ainda outros tipos de relações.

da razão e consciência. São sujeitos do inconsciente, já que este determina a própria razão e consciência. O inconsciente seria então uma dimensão psíquica que não conhece nem o tempo, nem a contradição, nem a exclusão induzida pela negação, nem a alternativa, nem a dúvida, nem a incerteza e nem a diferença entre os sexos. Substitui a realidade externa pela psíquica e obedece às próprias regras, que desconhece as relações lógicas conscientes de não-contradição e de causa e efeito, que nos são habituais. O inconsciente é o desconhecido que se manifesta através de atos falhos, esquecimentos, lapsos, sonhos e sintomas.

A transferência positiva se subdivide em duas, a de sentimentos amistosos ou afetuosos que são admissíveis à consciência e a de prolongamentos desses sentimentos no inconsciente, cuja manifestação seria o apaixonamento pelo profissional. Já a transferência negativa seria aquela de sentimentos hostis, conscientes e/ou inconscientes.

A transferência é um fenômeno importante para o cuidado, pois liga o sujeito à figura do profissional. Entretanto, a de sentimentos amistosos ou afetuosos que são admissíveis à consciência estaria mais próxima de uma permissão ao cuidado enquanto a transferência positiva de prolongamentos eróticos no inconsciente e a negativa se aproximaria mais da resistência ao tratamento. Estabelecemos esta relação de proximidade porque nada garante que não vá haver resistência em um caso de transferência de sentimentos amistosos ou afetuosos que são admissíveis à consciência e vice-versa.

Tudo isso que foi dito sobre a transferência já vem introduzir o tópico da contratransferência. Para Freud⁽¹⁾ a contratransferência seria a reação do profissional à transferência do paciente. Assim, não há contratransferência sem transferência. Esta reação contratransferencial está vinculada à subjetividade do próprio profissional, seus valores, crenças, afetos e principalmente seu inconsciente. A questão da contratransferência na psicanálise é controversa e dependendo da leitura ela terá uma ou outra consequência. De uma maneira bem geral, pode-se dizer que há quem defenda um uso bastante específico da contratransferência como instrumento na análise, como na escola inglesa, e quem considere que ela não tem objetivo nenhum dentro do tratamento propriamente dito, por não ser de interesse dele a pessoas do profissional, como na leitura lacaniana. Independente da leitura, os efeitos da transferência no profissional nunca deverão ser colocados de uma maneira crua, baseado simplesmente em suas crenças pessoais. Se o cuidador se sente irritado com determinado comportamento do paciente, ele não vai reagir a isso hostilizando o paciente, deixando ele esperar mais tempo para ser atendido, por exemplo.

Um último ponto a tocar a respeito da transferência é sobre a ocorrência da transferência institucional. Freud⁽¹⁾ aponta para a possibilidade da transferência com a instituição que se dedica ao tratamento do paciente. Ele diz que nas instituições psiquiátricas a transferência ocorre com grande intensidade produzindo uma certa servidão mental. Fala ainda que a manifestação da transferência negativa é bastante comum levando o paciente a deixar a instituição em estado inalterado ou agravado.

E que na erótica observa-se uma clara manifestação de resistência ao restabelecimento, mantendo o paciente preso à instituição e distante da vida.

Quando, por exemplo, vemos um paciente que mora em determinada área programática* preferindo se tratar em outra, por crer que neste espaço o atendimento seja, por algum motivo, melhor para ele, estamos diante de um fenômeno transferencial. Há uma transferência com a instituição que não pode ser negligenciada, pois temos dela efeitos sobre o tratamento. Existe um importante pressuposto da reforma, a noção de território, que talvez nos ajude a pensar a questão. O cuidado é exercido dentro de um território, um “espaço-suporte”, lugar onde “a dor, a angústia, o sofrimento profundo, a doença possam ter escuta e, se necessário, tratamento”⁽⁵⁾. O território delimita a área de atuação de uma equipe ou programa pelas relações e fenômenos entre pessoas e instituições, possuindo base geográfica, mas não se confundindo com ela. Território não é espaço geográfico, este último estaria mais próximo da noção de regionalização, que é um princípio proposto pelo SUS.

A idéia de território marca, do lado do profissional, a atitude de tomar para si a responsabilidade do tratar, de ser referência naquele espaço. Do lado do paciente marca a incidência da transferência.

Se pensarmos em território, e não em região ou área programática, e em sua característica de responsabilidade pelo tratar é completamente legítimo acolher a transferência institucional do paciente que prefere se tratar em uma outra área programática.

A idéia de território em si pode ser pensada como terapêutica, pois sugere a tomada em consideração das escolhas subjetivas, de maneira a implicar o sujeito em seu tratamento, desde que não se perca a crítica sobre os possíveis efeitos nocivos da institucionalização.

O campo transferencial na enfermagem psiquiátrica

Recorrendo à literatura sobre enfermagem psiquiátrica podemos encontrar alguns conceitos que exemplificam os fenômenos da transferência e contratransferência, constatando a incidência de tais fenômenos na prática de enfermagem. As teorizações dos autores escolhidos serão utilizadas aqui não como um referencial teórico, mas sim como uma fonte de exemplos da ocorrência de fenômenos transferenciais e contratransferenciais na relação enfermeiro e paciente.

Segundo Townsend⁽⁶⁾, Peplau define algumas fases da relação enfermeiro e paciente, e uma delas especificamente nos interessa. A identificação é a fase na qual o paciente começa a responder seletivamente às pessoas que aparecem para oferecer ajuda. A autora aqui identifica o fenômeno que chamamos transferência, esse endereçamento seletivo à figura do cuidador, entretanto dá a ele outra denominação.

* O Município do Rio de Janeiro agrupa seus diversos bairros ou zona por áreas programáticas. Desta forma, prioriza o atendimento dos cidadãos nos hospitais pertencentes à área programática em que residem estes cidadãos. A esta orientação dá-se o nome de regionalização.

Para Peplau enfermeiros e clientes “trazem à relação algumas ‘matérias-primas’, como componentes biológicos hereditariamente transmitidos, características da personalidade, capacidade intelectual individual e influências culturais ou ambientais específicas”⁽⁶⁾. Mais uma vez encontramos nesta autora a observação dos fenômenos transferenciais e contratransferências através da atualização do universo singular de cada um na relação terapêutica.

Segundo Townsend⁽⁶⁾, existem algumas condições essenciais ao desenvolvimento de uma relação terapêutica em enfermagem psiquiátrica. Dois conceitos serão aqui trabalhados; autenticidade e empatia.

A autenticidade designa um certo grau de transparência por parte do enfermeiro, devendo este estar ciente do que “está vivenciando internamente e deixar a qualidade desta vivência interior evidenciar-se na relação”.⁽⁶⁾ Muito embora o autor não estenda esta discussão, é possível dizer que o que ele sugere aí é o próprio uso da contratransferência como instrumento terapêutico. Neste momento não nos cabe discutir a validade deste procedimento, o importante é mais uma vez ressaltar a observação do campo transferencial na prática da enfermagem psiquiátrica. Entretanto, é interessante mostrar que o autor chama a atenção para a necessidade de se tomar cuidado com a transparência porque se corre o risco de ultrapassar os papéis de enfermeiro e paciente.

O outro conceito será a empatia que, segundo Du Gás⁽⁷⁾, seria a capacidade de reconhecer e entender os sentimentos de outra pessoa, capacidade de se colocar no lugar do outro. “A empatia é considerada como uma das características mais importantes da relação terapêutica”.⁽⁶⁾

Tal conceito sugere que a atuação do profissional deva se dar a partir de uma descentralização de suas próprias crenças e, além disso, focada nos valores, sentimentos e conteúdos inerentes ao paciente. Tal postura pode, entretanto, dar ao profissional a idéia de que ele detém a verdade sobre o paciente, como se ele ao reconhecer, entender e se colocar no lugar do outro, pudesse garantir a resposta e a verdade para fazer sanar o sofrimento alheio.

O fato do paciente acreditar que o profissional tudo sabe sobre sua vida, seus sofrimentos e sobre a maneira como curar seus problemas, não deve produzir no profissional uma postura análoga. Embora o paciente coloque o profissional no lugar de detentor de sua verdade, este deve considerar que isso não é possível. A determinação inconsciente, como se sabe desde as descobertas freudianas sobre o inconsciente, torna esta verdade desconhecida, muitas vezes, até para a própria pessoa. Além disso, a psicanálise nos mostrou que só através de um trabalho de elaboração da própria pessoa algo deste saber pode ser acessado.

Desta forma, o cuidador deve operar a partir da idéia de que seu saber é suposto e não total. Tal suposição aponta para uma postura profissional que implica o paciente em seu sofrimento e o faz trabalhar em prol de seu tratamento, diferente daquela outra que detém a verda-

de, não necessariamente a do paciente, e apenas a informa, impedindo o sujeito de construir sentidos próprios para sua existência.

Podemos dizer então que, embora a empatia possa produzir os problemas expostos acima, é possível também que ela possa ter outro destino. A descentralização do profissional e valorização do paciente que ela propõe pode ser articulada idéia de suposição de saber, gerando uma outra prática, bem mais produtiva para o paciente.

Finalizando, a noção de empatia é um exemplo perfeito para nosso propósito, pois nos aponta toda a dinâmica do campo transferencial na cena terapêutica da enfermagem psiquiátrica.

CONCLUSÃO

Vimos, através de um breve recorte, que a transferência e a contratransferência fazem parte do universo de cuidados da enfermagem psiquiátrica, muito embora não recebam tais denominações. Considerar a existência e a ocorrência destes fenômenos possibilita pensar a dinâmica e complexa relação enfermeiro-paciente a partir de noções como inconsciente, amor, desejo e subjetividade.

Loyola⁽⁸⁾ afirma que o cuidado em saúde mental e psiquiatria é uma assistência baseada no entendimento de que o papel da enfermagem psiquiátrica é o de agente terapêutico. E que tal ação terapêutica se baseia no “relacionamento estabelecido com o paciente a partir da compreensão do significado do seu comportamento”⁽⁸⁾. Com isso, a autora afirma que a prática da enfermagem psiquiátrica se define pela relação com o paciente, e além disso, coloca a subjetividade como matéria-prima da ação terapêutica. A compreensão de que os fenômenos transferenciais são expressões subjetivas os coloca, então, em um outro lugar na relação terapêutica. Atitudes que antes poderiam ser consideradas sem maiores implicações, como o grande afeto de um paciente por determinado cuidador, ou julgadas como desprovidas de sentido, como a insistente hostilidade gratuita do paciente, podem agora ser circunscritas aos fenômenos subjetivos e levadas em conta na relação terapêutica.

A transferência produz efeitos no profissional, uma reação, a qual chamamos contratransferência. Tal como a transferência, também na contratransferência há atualização de questões singulares, só que desta vez dos profissionais. Entretanto, estas não devem ser expressas na relação com o paciente, merecendo atenção para não produzirem no cuidador um posicionamento iatrogênico ou indevido.

O profissional deve tomar a “amizade” ou “hostilidade” do paciente como um fenômeno transferencial e não entendê-la como uma amizade ou hostilidade propriamente dita, já que a transferência foi estabelecida com a figura que o paciente constrói do cuidador. Caso contrário, corre o risco de sair de seu lugar de cuidador, deixando de exercer essa importante função da qual o sujeito necessita neste momento de sua vida. Ao paciente cabe a transferência com o profissional, considerando-o um grande amigo, se for o caso. A recíproca, entretanto, não deve ser verdadeira. Se o profissional deixa

de ser agente do cuidado e passar a se considerar amigo do paciente, manterá com ele uma relação de amizade, onde estarão envolvidas suas questões pessoais, seus valores, suas crenças, passando o universo do profissional a ser também foco desta relação. Entretanto, não são as questões do profissional que estão em jogo no cuidado e sim as do paciente. Há, neste sentido, uma assimetria de interesses pelos sujeitos em questão; quem importa é o paciente. Se o profissional possui questões pessoais a serem trabalhadas, estas devem ser vistas em sua supervisão e em sua própria psicoterapia ou em sua análise. Isto, porém, não quer dizer que o profissional deva ser inimigo ou distante do paciente. O lugar do cuidador não é nem o da neutralidade estéril e iatrogênica nem o do assistencialismo paternalista, mas sim o da disponibilidade e ética a fim de favorecer o respeito pelo sujeito, sua valorização, seus direitos e desejos.

REFERÊNCIAS

1. Freud S. A dinâmica da transferência. In: Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud.. Rio de Janeiro: Imago; 1969. v. 12
2. Loyola CM. O cuidado como inclusão do sujeito. Esc Ana Nery Rev de Enf 2000 abr.; (4)1: 129-37.
3. Mafra TM. A transferência. Rio de Janeiro: Companhia de Freud; 2004.
4. Birman J. Freud e a filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2003.
5. Pitta A. Tecendo uma teia de cuidados em saúde mental. In: Pitta A. Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA; 2001.
6. Townsend MC. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
7. Du Gas BVV. Enfermagem prática. 2ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana; 1984.
8. Loyola CM. Enfermagem: esta prática (des)conhecida. Saúde em Foco, Rio de Janeiro, 1997; 16(6): 5-6.

Recebido em: 03/11/2004

Aprovado em: 20/11/2005

Normas de Publicação

1 - A REME - Revista Mineira de Enfermagem é uma publicação da Escola de Enfermagem da UFMG em parceria com Escolas e Cursos de Graduação em Enfermagem de Minas Gerais, com periodicidade trimestral, tem por finalidade contribuir para a produção, divulgação e utilização do conhecimento produzido na enfermagem e áreas correlatas, abrangendo as temáticas ensino, pesquisa e assistência.

2 - A REME tem a seguinte estrutura: Editorial; Artigos Originais, Resumos de Teses e Dissertações, Relatos de Experiência, Atualização e Revisão; Notas e Informações (atualização em enfermagem e em áreas afins, notas de trabalhos de investigação, resenhas e notícias diversas); Normas de publicação

3 - Os trabalhos recebidos serão analisados pelo Corpo Editorial da REME, que se reserva o direito de aceitar ou recusar os trabalhos submetidos.

4 - Os trabalhos devem ser encaminhados em disquete, programa "Word for Windows", versão 6.0 ou superior, letra "Times New Roman", tamanho 12, digitados em espaço duplo, em duas vias, impressas em papel padrão ISO A4 (212x 297mm), com margens de 25mm, padrão carta ou a laser, limitando-se a 20 laudas, incluindo título, texto, agradecimentos, referências, tabelas, legendas e ilustrações. Devem vir acompanhadas de ofício de encaminhamento contendo nome dos autores, endereço para correspondência, e-mail, telefone e fax, e serem endereçados à REME.

5 - A primeira página deverá conter o título do trabalho; nomes dos autores, com o grau acadêmico mais alto e instituição; endereço para correspondência e entidades financiadoras (alocadas em nota de rodapé); resumos e palavras-chave, o título, resumo e palavras-chave devem ser em português, inglês e espanhol. As versões do resumo em inglês e espanhol deverão vir no final do trabalho, antes das referências bibliográficas. O resumo deve conter, no máximo, 100 palavras.

6 - Os desenhos e gráficos devem ser apresentados em, papel vegetal, fotografias e/ou "slides" em branco e preto numerados, indicando o local a ser inserido no texto; abreviaturas, grandezas, símbolos, unidades e referências bibliográficas devem observar as Normas Internacionais de Publicação.

7 - Para efeito de normalização, serão adotados os Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas, Médicas. Estas normas poderão ser encontradas na íntegra nas seguintes publicações: International Committé of Medical Journal. Editors, Uniforms requeriments for manuscripts submitted to biomedical journals; Can. Assoc. J. 1995; 152(9):1459-65 e em espanhol, no Bol. Of Sanit. Panam. 1989, 107 (5).422-31.

8 - Todo trabalho deverá ter a seguinte estrutura e ordem:

- título (com tradução para inglês e espanhol);
- nome completo do autor (ou autores), acompanhado(s) de sua profissão e de seu(s) respectivos(s) título(s);
- resumo do trabalho em português, sem exceder um limite de 100 palavras;
- Palavras-chave (três a dez), de acordo com a lista Medical Subject Headings (MeSH) do Index Medicus;
- texto: introdução, material e método ou descrição da metodologia, resultados, discussão e/ou comentários
- conclusões;
- Resumo em língua inglesa (Summary) e espanhola (Resumen), consistindo na correta versão do resumo para aquelas línguas;
- Key words/ Palabras-clave (palavras-chave em língua inglesa e espanhola) de acordo com a lista Medical Subject Headings I (MeSH) do Index Medicus; descritores da BIREME: www.bireme.br
- Agradecimentos (opcional);
- Referências bibliográficas como especificado no item 10;
- Endereço do autor para correspondências;

9 - As ilustrações devem ser colocadas imediatamente após a referência a elas. Dentro de cada categoria deverão ser numeradas seqüencialmente durante o texto. Exemplo: (Tab. I, Fig. I, Gráf I). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da ilustração. Ex. (Tab. I). As fotografias deverão ser em preto e branco, apresentadas em envelope à parte, serem nítidas e de bom contraste, feitas em papel brilhante e trazer no verso: nome do autor, título do artigo e número com que irão figurar no texto.

10 - As referências bibliográficas são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez no texto. São apresentadas de acordo com as normas do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas, citado no item 7. Os títulos das revistas são abreviados de acordo com o Index Medicus, na publicação "List of Journals Indexed in Index Medicus", que publica anualmente como parte do número de janeiro, em separata. As referências no texto devem ser

citadas mediante número arábico, correspondendo às referências no final do artigo. Nas referências bibliográficas, citar como abaixo:

10.1 PERIÓDICOS

a) Artigo padrão de revista. Incluir o nome de todos os autores, quando são seis ou menos. Se são sete ou mais, anotar os três primeiros, seguidos de et al.

Nascimento ES Compreendendo o cotidiano em saúde. *Enf Rev* 1995;2(4):31-8.

b) Autor corporativo:

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post hepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977;2:242-4.

c) Sem autoria (entrar pelo título):

Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). *Br Med J* 1981;283:628-9.

d) Suplemento de revista:

Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. *Ann Intern Med* 1980; 92 (2pte 2): 316-8.

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of splenic activity by bone marrow scan (resumen). *Blood* 1979; 54(supl. 1): 26^a.

10.2 LIVROS E OUTRAS MONOGRAFIAS

a) Autor(es) – pessoa física:

Resende ALM, Santos GF, Caldeira VP, Magalhães ZR. Ritos de morte na lembrança de velhos. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996:156.

b) Editor, compilador, coordenador como autor:

Griffith-Kenney JW, Christensen PJ, eds. Nursing process: application of theories, frameworks and models. A multifocal approach to individuals, families and communities. St. Louis: Mosby; 1986:429.

10.2.1- Capítulo de livro:

Chompré RR, Lange I, Monterrosa E. Political challenges for nursing in Latin America. The next century. In: Fagin CM, ed. Nursing leadership global strategies: International Nursing Development of the 21st. Century. New York: National League for Nursing; 1990:221-28.

10.2.2- Trabalhos apresentados em congressos, seminários, reuniões etc.:

Cunha MHF, Jesus MCP, Peixoto MRB. A hermenêutica e as pesquisas qualitativas em Enfermagem. Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 1996;460. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1996.

10.2.3- Monografia que forma parte de uma série:

Bailey KD. Typologies and taxonomies: an introduction to classification techniques. In: Lewis-Beck MS, ed. Quantitative application in the Social Sciences. Thousand-Oaks: Sage publications; 1994: 7-102.

10.2.4- Publicação de um organismo:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 196, de 24 de junho de 1983. Brasília; 1983:5.

10.3 TESES

Chianca TCM. Análise sincrônica e diacrônica de falhas de enfermagem em pós-operatório imediato. (Tese de doutorado). Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997; 151.

10.4 ARTIGO DE JORNAL

Chompré RR, Lange I. Interes y dificultades para realizar estudios de maestría y doctorado en enfermería de América Latina: Horizonte de Enfermería, Santiago, 1990; Ano 1:1.

10.5 ARTIGO DE REVISTA (não científica)

Neves MA et al. Técnicas de limpeza e desinfecção da sala de operação: estudo da eficácia após cirurgia infectada. *Ars Cyrandi Hosp* 1986; 4:15-23.

11 - Agradecimentos devem constar de parágrafo à parte, colocado antes das referências bibliográficas, após as key-words.

12 - As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas em graus Celsius. Os valores de pressão arterial em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum..

13 - Os casos omissos serão resolvidos pelo Corpo Editorial.

14 - A publicação não se responsabiliza pelas opiniões emitidas nos artigos.

15 - Os artigos devem ser enviados para:

At/REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, sala 421 - CEP: 30130-100 - Belo Horizonte / MG

Tel.: (31) 3248-9876 - E-mail: reme@enf.ufmg.br

Publication Norms

1 - REME - Revista Mineira de Enfermagem is a publication of the School of Nursing of the Federal University of Minas Gerais/UFMG, in partnership with Nursing schools and courses in the State of Minas Gerais, Brazil. The magazine is issued every quarter with the objective of contributing to the production, dissemination and use of the knowledge produced in nursing and other areas, covering issues related to teaching, research and assistance.

2 - REME has the following structure: an Editorial; original articles, abstracts of theses and dissertations, reports of experience, updates and reviews; notes and information (updates in nursing and similar fields, research reports, abstracts and varied pieces of news); publication norms.

3 - The papers are analyzed by the editors of REME, who have the right to accept or refuse the papers submitted.

4 - The articles must be sent on a diskette, in "Word for Windows", version 6.0 or higher, "Times New Roman", size 12, double space, in two copies printed on standard ISO A4 paper (212x 297mm), with margins of 25mm, standard letter or laser, limited to 20 pages, including title, text, acknowledgements, bibliography, tables, legends and illustrations. They must be addressed to REME with a cover letter containing the name of the authors, mailing address, e-mail address, telephone and fax numbers.

5 - The first page should contain the title of the paper; names of the authors, with their highest academic qualification and institution; address for correspondence and financing agencies (in a footnote); abstract and key-words; the title, abstract and key-words should be in Portuguese, English and Spanish. The English and Spanish abstracts should come at the end of the paper, before the bibliography. The abstract should be no longer than 100 words.

6 - The drawings and graphs should be presented on tracing paper; photographs and/or slides numbered and in black and White, indicating the place for insertion in the text; abbreviations, symbols, units and bibliography should follow international norms of publication.

7 - For the purposes of normalization, we adopt the requirements of the International Committee of Medical Journal Editors. These norms can be found in full in the following publications: International Committee of Medical Journal Editors: Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals; Can. Assoc. J. 1995; 152(9):1459-65 and in Spanish, in the Bol. Of Sanit. Panam. 1989, 107 (5):422-31.

8 - All papers should have the following structure and order:

- title (with translations into Portuguese and Spanish);
- Complete name of author (authors), followed by their profession and respective qualifications;
- Abstract in Portuguese, no longer than 100 words;
- Key-words (three to ten), according to the Medical Subject Headings (MeSH) of the Index Medicus;
- text: introduction, material and method or description of methodology, results, discussion and/or comments and conclusions;
- Summary in English (Abstract) and Spanish (Resumen), with the correct version for those languages;
- Key words/ Palabras-clave (English and Spanish) according to the Medical Subject Headings I (MeSH) of the Index Medicus; descriptors of BIREME: www.bireme.br;
- Acknowledgements (optional);
- Bibliography, as specified in item 10;
- Author's address for correspondence.

9 - Illustrations should be placed immediately after references to them in the text. Within each category, they should be numbered in sequence throughout the text. Example: (Tab. 1, Fig. 1, Graph 1). Each illustration should have a title and its source. Headings and legends should be sufficiently clear and comprehensible, without the need to consult the text. References to illustrations in the text should be mentioned between parenthesis, indicating the category and number of the illustration. Ex. (Tab. 1). Photographs should be black and White, coming in a separate envelope. They should be sharp and with good contrast, on glossy paper and, on the back, they must include: author's name, title of the article and number for inclusion in the text.

10 - The bibliography references will be numbered in sequence, in the order in which they are mentioned in the text. They must follow the norms of the International Committee of Medical Journal Editors mentioned in item 7. The titles of the journals are abbreviated as in the Index Medicus, in the publication "List of Journals Indexed in Index Medicus", issued annually in January, in separate. The text references should be given in Arabic numbers, corresponding to the references at the end of the article. Bibliographical references should be quoted as follows:

10.1 - JOURNALS

a) Standard journal article. Include the name of all the authors, when they are six or fewer. If they are seven or more, quote the first three, followed by et al.

Nascimento ES Compreendendo o cotidiano em saúde. Enf Rev 1995; 2(4):31-8.

b) Corporate authors:

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure of syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post hepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977;2:242-4.

c) No authors (enter by title):

Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). *Br Med J* 1981;283:628-9.

d) Journal supplement:

Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. *Ann Intern Med* 1980; 92 (2pte 2): 316-8.
Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of esplanic activity by bone marrow scan (resumen). *Blood* 1979; 54 (supl. 1): 26^a.

10.2 - BOOKS AND OTHER ARTICLES

a) Authors – individuals:

Resende ALM, Santos GF, Caldeira VP, Magalhães ZR. Ritos de morte na lembrança de velhos. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996:156.

b) Editor, compiler, coordinator as author:

Griffith-Kenney JW, Christensen PJ, eds. Nursing process: application of theories, frameworks and models. A multifocal approach to individuals, families and communities. St. Louis: Mosby; 1986:429.

10.2.1 - Book chapter:

Chompré RR, Lange I, Monterrosa E. Political challenges for nursing in Latin America. The next century. In: Fagin CM, ed. Nursing leadership global strategies: International Nursing Development of the 21st. Century. New York: National League for Nursing; 1990:221-28.

10.2.2 - Papers presented at conferences, seminars, meetings, etc.

Cunha MHF, Jesus MCP, Peixoto MRB. A hermenêutica e as pesquisas qualitativas em Enfermagem. Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 1996;460. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1996.

10.2.3 - Articles that are part of a series:

Bailey KD. Typologies and taxonomies: an introduction to classification techniques. In: Lewis-Beck MS, ed. Quantitative application in the Social Sciences. Thousand-Oaks: Sage publications; 1994: 7-102.

10.2.4 - Publication by an agency:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 196, de 24 de junho de 1983. Brasília; 1983:5.

10.3 - THESES

Chianca TCM. Análise sincrônica e diacrônica de falhas de enfermagem em pós-operatório imediato. (Tese de doutorado). Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997; 151. Chompré RR, Lange I. Interes y dificultades para realizar estudios de maestria y doutorado en enfermería de América Latina: Horizonte de Enfermería, Santiago, 1990; Ano 1:1.

10.4 - JOURNAL ARTICLE

Chompré RR, Lange I. Interes y dificultades para realizar estudios de maestria y doutorado en enfermería de América Latina: Horizonte de Enfermería, Santiago, 1990; Ano 1:1.

10.5 - JOURNAL ARTICLE (non-scientific)

Neves MA et al. Técnicas de limpeza e desinfecção da sala de operação: estudo da eficácia após cirurgia infectada. *Ars Cyrandi Hosp* 1986; 4:15-23.

11 - Acknowledgements should be in a separate paragraph, placed before the bibliography, after the key-words.

12 - The measurements of length, height, weight and volume should be expressed in metric system units (meter, kilogram, liter) or their multiples and submultiples. Temperatures in degrees Celsius. Blood pressure in milliliters of mercury. Abbreviations and symbols should follow international standards. The first time an abbreviation is used, it should be preceded by the full term or expression, except when it is a common measurement unit.

13 - Exceptions will be solved by the Editors.

14 - The journal is not responsible for opinions expressed in the articles.

15 - Articles should be sent to:

At/REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, sala 421 - CEP.: 30130-100 Belo Horizonte-MG

Tel.: (55 31) 3248-9876 - E-mail: reme@enf.ufmg.br

Normas de Publicación

1 - La REME - Revista de Enfermería de Minas Gerais - es una publicación trimestral de la Escuela de Enfermería de la UFMG conjuntamente con escuelas y cursos de graduación en Enfermería de Minas Gerais. Su finalidad es contribuir a la producción, divulgación y utilización del conocimiento en enfermería y áreas correlacionadas, incluyendo también temas de enseñanza, investigación y asistencia.

2 - La REME tiene la siguiente estructura: editorial, artículos originales, resúmenes de tesis y disertaciones, relatos de experiencias, actualización y revisión; notas e informaciones (actualización en enfermería y en áreas afines, notas de trabajos de investigación, reseñas y otras noticias); normas de publicación.

3 - Los trabajos recibidos serán analizados por el Cuerpo Editorial de la REME, que se reserva el derecho de aceptarlos para su publicación o rechazarlos.

4 - Los trabajos deberán enviarse en disquete, programa "Word for Windows", versión 6.0 o superior, letra "Times New Roman", tamaño 12, digitalizados en espacio doble, en dos copias, impresas en papel estándar ISO A4 (212x 297mm), con márgenes de 25mm, modelo carta o a láser, limitándose a 20 carillas incluyendo título, texto, agradecimientos, referencias, tablas, notas e ilustraciones. Junto con el trabajo deberá enviarse una carta de presentación dirigida a la REME con el nombre de los autores, dirección para correspondencia, dirección electrónica, teléfono y fax.

5 - La primera página deberá tener el título del trabajo; nombre de los autores con su nivel académico más alto e institución; dirección para correspondencia y entidades de financiación (dispuestas en nota de pie de página); resúmenes y palabras clave; el título, resumen y palabras clave deberán estar en portugués, inglés y español. Los resúmenes en inglés y español deberán constar al final del trabajo, antes de las referencias bibliográficas. El resumen deberá tener, como máximo, 100 palabras.

6 - Los dibujos y gráficos deberán presentarse en papel vegetal, fotografías y/o diapositivas en blanco y negro numeradas, indicando dónde deberán incluirse en el texto; abreviaturas, tamaños, símbolos, unidades y referencias bibliográficas deberán seguir las Normas Internacionales de Publicación.

7 - Para efectos de normalización se adoptarán los Requisitos del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas. Las normas están publicadas integralmente en el International Committee of Medical Journal Editors, Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals; Can. Assoc. J. 1995; 152(9):1459-65 y, en español, en el Bol. of Sanit. Panam. 1989, 107 (5):422-31.

8 - Los trabajos deberán tener la siguiente estructura y orden:

- título (con traducción en inglés y español);
- nombre completo del autor (o autores), con profesión y título;
- resumen del trabajo en portugués, sin exceder el límite de las 100 palabras;
- Palabras clave (entre tres y diez), en conformidad con la lista del Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus;
- texto: introducción, material y método o descripción de la metodología, resultados, discusión y/o comentarios y conclusiones;
- Resumen en inglés (Summary) y español (Resumen), con la traducción correcta del resumen en los dos idiomas;
- Key words/ Palabras clave en inglés y español en conformidad con la lista del Medical Subject Headings I (MeSH) del Index Medicus; descriptores de la BIREME: www.bireme.br;
- Agradecimientos (opcional);
- Referencias bibliográficas como se especifica en el punto 10;
- Dirección del autor para correspondencia;

9 - Las ilustraciones deberán estar situadas después de su mención en el texto. Dentro de cada categoría deberán enumerarse en secuencia durante el texto. Por ej. (Tab. 1, Fig. 1, Gráf. 1). Cada ilustración deberá llevar un título y la fuente de dónde ha sido retirada. Encabezamientos y textos explicativos deberán estar claros y comprensibles sin necesidad de tener que recurrir al texto. Las referencias a las ilustraciones en el texto deberán mencionarse entre paréntesis, indicando la categoría y el número de la ilustración. Por ej. (Tab. 1). Las fotografías deberán ser en blanco y negro, colocadas en un sobre aparte, nítidas y con buen contraste, de papel brillante y llevar atrás el nombre del autor, título del artículo y número con el cual figurarán en el texto.

10 - Las referencias bibliográficas deberán enumerarse consecutivamente, siguiendo el orden en el que se mencionan por primera vez en el texto. Deberán presentarse en conformidad con las normas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, citado en el punto 7. Los títulos de las revistas se abrevian de acuerdo con el Index Medicus, en la publicación "List of Journals Indexed in Index Medicus", que publica anualmente como parte del número de enero, en separado. Las referencias en el texto deberán citarse mediante número arábico, correspondiendo a las referencias al final del artículo. En las referencias bibliográficas, citar como a continuación:

10.1 - PERIÓDICOS

a) Artículo estándar de revista. Si son seis o menos de seis incluir el nombre de todos los autores. Si son siete o más anotar los tres primeros y después et al.

Nascimento ES Compreendendo o cotidiano em saúde. *Enf Rev* 1995;2(4):31-8.

b) Autor corporativo:

The Royal Marsden Hospital Bone-Marrow Transplantation Team. Failure os syngeneic bone-marrow graft without preconditioning in post hepatitis marrow aplasia. *Lancet* 1977;2:242-4.

c) Sin autor (comenzar por el título):

Coffee drinking and cancer of the pancreas (Editorial). *Br Med J* 1981;283:628-9.

d) Suplemento de revista:

Mastri AR. Neuropathy of diabetic neurogenic bladder. *Ann Intern Med* 1980; 92 (2pte 2): 316-8.

Frumin AM, Nussbaum J, Esposito M. Functional asplenia: demonstration of esplenic activity by bone marrow sean (resumen). *Blood* 1979; 54(supl. 1): 26^a.

10.2 - LIBROS Y OTRAS MONOGRAFÍAS

a) Autor(es) – persona física:

Resende ALM, Santos GF, Caldeira VP, Magalhães ZR. Ritos de morte na lembrança de velhos. Florianópolis: Editora da UFSC, 1996:156.

b) Editor, copilador, coordinador como autor:

Griffth-Kenney JW, Christensen PJ, eds. Nuring process: application of theories, frameworks and models. A multifocal approach to individuals, families and communities. St. Louis: Mosby; 1986:429.

10.2.1 - Capítulo de libro:

Chompré RR, Lange I, Monterrosa E. Political challenges for nursing in Latin America. The next century. In: Fagin CM, ed. Nursing leandership global strategies: International Nursing Development of the 21St. Century. New York: National League for Nursing; 1990:221-28.

10.2.2 - Trabajos presentados en congresos, seminarios, reuniones etc.:

Cunha MHF, Jesus MCP, Peixoto MRB. A hermenêutica e as pesquisas qualitativas em Enfermagem. Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. 1996,460. São Paulo: Associação Brasileira de Enfermagem; 1996.

10.2.3 - Monografía que forma parte de una serie:

Bailey KD. Typoligies and taxonomies: an introduction to classification techniques. In: Lewis-Beck MS, ed. Quantitative application in the Social Sciences. Thousand-Oaks: Sage publications; 1994: 7-102.

10.2.4 - Publicación de un organismo:

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 196, de 24 de junho de 1983. Brasília; 1983:5.

10.3 - TESIS

Chianca TCM. Análise sincrônica e diacrônica de falhas de enfermagem em pós-operatório imediato. (Tese de doutorado). Ribeirão Preto, São Paulo: Universidade de São Paulo; 1997; 151.

10.4 - ARTÍCULO DE PERIÓDICO

Chompré RR, Lange I. Interes y dificultades para realizar estudios de maestría y doctorado en enfermería de América Latina: Horizonte de Enfermería, Santiago, 1990; Año 1:1.

10.5 - ARTÍCULO DE REVISTA (no científica)

Neves MA et al. Técnicas de limpeza e desinfecção da sala de operação: estudo da eficácia após cirurgia infectada. *Ars Cyrandi Hosp* 1986; 4:15-23.

11 - Los agradecimientos deberán hacerse en un párrafo aparte, antes de las referencias bibliográficas y después de las palabras clave.

12 - Las medidas de longitud, altura, peso y volumen deberán expresarse en unidades del sistema métrico decimal (metro, kilo, litro) o sus múltiplos y submúltiplos. Las temperaturas en grados Celsius. Los valores de presión arterial en milímetros de mercurio. Abreviaturas y símbolos deberán seguir las normas internacionales. Al emplear por primera vez una abreviatura, ésta debe estar precedida del término o expresión completos, salvo si se trata de una unidad de medida común.

13 - El Cuerpo Editorial resolverá los casos omisos.

14 - La publicación no se hace responsable de las opiniones emitidas en los artículos.

15 - Los artículos deberán enviarse a:

At/REME- Revista Mineira de Enfermagem

Escola de Enfermagem da UFMG

Av. Alfredo Balena, 190, sala 421 - CEP.: 30130-100 - Belo Horizonte-MG

Tel.: (31) 3248-9876 - E-mail: reme@enf.ufmg.br



REME

Revista Mineira de Enfermagem
Nursing Journal of Minas Gerais
Revista de Enfermeríade Minas Gerais

Assinatura 2005 (4 exemplares)
Valor R\$ 80,00

Nome: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____ Fax: _____

Profissão: _____ Especialidade: _____

E-mail: _____

ASSINALE A FORMA DE PAGAMENTO

☐ Depósito bancário

☐ Cheque nominal à REME
(Revista Mineira de Enfermagem/FUNDEP)

DADOS BANCÁRIOS

Banco do Brasil

Agência: 1615-2

Conta: 480109-1

Código Identificador: 4828011

Enviar o comprovante para o fax: 31 3248 9830

Assinatura

Data

REVISTA MINEIRA DE ENFERMAGEM

Universidade Federal de Minas Gerais - Escola de Enfermagem

Av. Alfredo Balena, 190 - sala 421 - Belo Horizonte - MG - Brasil - CEP: 30130-100

Tel.: (31) 3248 9876 Fax.: (31) 3248 9830

E-mail: reme@enfermagem.ufmg.br

Apoiadores:

ABEN
COREN
PRPQ-UFMG

Realizadores:

Escola de Enfermagem da UFMG
Escola de Farmácia e Odontologia de Alfenas
Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
Escola de Enfermagem Wenceslau Braz
Fundação de Ensino Superior do Vale do Sapucaí
Fundação de Ensino Superior de Passos
Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora
Centro Universitário do Leste de Minas Gerais
Fundação Educacional de Divinópolis
Universidade Estadual de Montes Claros
Faculdades Federais Integradas de Diamantina